OSMANIA UNIVERSITY

جامعہ عثمانیہ

علم الولادت

جلد دوم

سلسلۂ نصابات علمیہ جامعہ عثمانیہ

مڈوفری

یعنی

علم الولادت

پانچواں ایڈیشن ۱۹۳۵ء

جلد دوم

مصنفہ

دس اساتذہ

زیر ادارت

سرکامنز برکلے۔ جے۔ ایس۔ فیربیرن، کلفورڈ وائٹ

ترجمہ

ڈاکٹر محمد حسین صاحب ایم۔ بی، بی۔ ایس رکن شعبۂ دارالترجمہ جامعہ عثمانیہ سرکار عالی

۱۳۵۸ھ ۱۳۴۸ف ۱۹۳۹ء

دارالطبع جامعہ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

فہرست مضامین

باب | صفحہ

جزو دوم۔ وضع حمل
(ب) غیر طبعی وضع حمل

باب صفحہ

جزو سوم ۔ نفاس

جزو چہارم ۔ نوزائیدہ بچہ

جزو پنجم ۔ قبالتی مزاولت میں درد اور تکلیف کا ازالہ کرنا

304

علم الولادت

جلد دوم

(ب) غیر طبعی وضع حمل

باب بست و نہم

غیر طبعی تطریقات (ایب نارمل پریزنٹیشنز = ABNORMAL PRESENTATIONS)

طبعی وضع حمل کا ایک معیار یہ ہے کہ بچہ ورٹکس (قمہ) کے ذریعہ تطریق کرے۔ ایب نارمل پریزنٹیشنز (غیر طبعی تطریقات) کی اصطلاح میں وہ پریزنٹیشنز (تطریقات) شامل متصور کی جاسکتی ہیں جو ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) کے علاوہ ہوتی ہیں۔ لیکن یہ نہ فرض کر لینا چاہئے کہ ورٹکس

پریزنٹیشن (قمی تطریق) کی صورت میں وضع حمل ضرور طبعی اور آسان ہوگا، یا یہ کہ دیگر پریزنٹیشنز (تطریقات) میں وضع حمل غیر طبعی اور دشوار ہوگا۔ وضع حمل کو پریزنٹیشن (تطریق) کے علاوہ دیگر پیچیدگیاں بھی غیر طبعی بناسکتی ہیں، اور ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تطریقات) میں ایک آکسیٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضع، وضع حمل میں کافی تاخیر اور دشواری پیدا کرسکتی ہے۔ اس کے خلاف بعض ایب نارمل پریزنٹیشنز (غیر طبعی تطریقات) مثلاً چہرہ اور سرینوں کی پریزنٹیشنز (تطریقات) میں بآسانی ولادت ہو جاتی ہے بغیر اس کے کہ ماں یا بچہ کو کوئی خطرہ ہو۔

اس عنوان کے تحت حسب ذیل پریزنٹیشنز (تطریقات) بیان ہوں گی:۔

فیس پریزنٹیشنز (تطریقات چہرہ)۔

بروپریزنٹیشنز (تطریقات جبین)۔

بریچ پریزنٹیشنز (تطریقات سرین)۔

شولڈر پریزنٹیشن (تطریق شانہ)، یا بچہ کی آبلیق لائی (ترچھی افتاد)۔

پیچیدہ پریزنٹیشن (تطریق) جس میں ورٹکس (قمہ) کے ہمراہ ایک جارحہ بھی تطریق کرتا ہے۔

ایب نارمل پریزنٹیشن (غیر طبعی تطریق) کا سبب دریافت کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا، اور بہت سی صورتوں میں کوئی قابل اطمینان وجہ نہیں پیش کی جاسکتی۔ لیکن بعض حالتیں ایسی ہوتی ہیں کہ ان میں خصوصیت کے ساتھ ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تطریقات) کے سوا دیگر پریزنٹیشنز (تطریقات) کے وقوع کا امکان ہوتا ہے، ان میں سے بہت صورتوں میں ایک مشترک سبب یہ ہوتا ہے کہ کوئی شے موجود ہوتی ہے جو کہ سر کو پیلوک انلٹ (حوض کے مدخل) میں بآسانی مرتبط نہیں ہونے دیتی۔ مثلاً ممکن ہے کہ کسی قسم کا پیلوک کانٹریکشن (pelvic contraction = حوضی انقباض)، یا پیلوک ٹیومر (pelvic tumour = حوضی سلعہ)، یا حتیٰ کہ پلیسنٹا پریویا (placenta prævia = مشیمۂ متقدم) میں پلیسنٹا (مشیمہ) کی پست چسپیدگی، ورٹکس (قمہ) کو پیلوک برم (حوضی گگر) کے اندر نہ اترنے دے، اور کسی دیگر حصہ کی تطریق واقع ہو۔ رحم کا نمایاں ترچھاپن، جیسا کہ اکثر اوقات ملٹی پیرس (multiparous = کثیر الولادت) عورتوں میں جن کے شکم کی دیوار ڈھیلی ہوتی ہے، دیکھا جاتا ہے، اس کا نتیجہ یہ

305 ہوتا ہے کہ سر کا رخ پیلوک برم (حوضی گگر) کے اندر کو ہونے کی بجائے سر پیلوک برم (حوضی گگر) کے اوپر ہوتا ہے، اور اس کی بسط کردگی واقع ہو کر فیس پریزنٹیشن (تطریق چہرہ) یا برو پریزنٹیشن (تطریق جبین) ہو جاتی ہے یا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ سر کھسک کے الیک فوسا (iliac fossa= حرقفی حفرہ) میں چلا جاتا ہے اور شانہ تطریق کرتا ہے۔ اسی طرح رحم میں ایک سے زیادہ جنین کی موجودگی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک جنین دوسرے جنین کے ارتباط میں مخل ہوتا ہے وہ جنین جو بہت چھوٹا یا بہت بڑا ہو، بہ نسبت ایک متوسط جسامت کے جنین کے ایب نارمل پریزنٹیشن (غیر طبعی تطریق) واقع کرنے کا زیادہ امکان رکھتا ہے۔ چنانچہ پری میچور (premature= پیش از میعاد)، مردہ، تطعین شدہ، یا مشوہ جنینات اور مانسٹرز (monsters= مسخوطات) سب مل کر میلپریزنٹیشنز (ناقص تطریقات) کی ایک غیر معمولی تعداد کا سبب ہوتے ہیں۔

ایک دوسری حالت جس میں ایب نارمل پریزنٹیشن (غیر طبعی تطریق) غیر معمولی کثرت کے ساتھ پائی جاتی ہے ہائڈرامنیاس (hydramnios= کثرت رحل) ہے، کیونکہ اس کے ہمراہ اکثر اوقات ایک چھوٹا یا مانسٹرس (مسخوط) جنین پایا جاتا ہے اور اس میں جنین کو غیر معمولی درجہ کے تحرک کا موقعہ ملتا ہے۔

فیس پریزینٹیشنز (FACE PRESENTATIONS= تطریقات وجہی)

فیس پریزنٹیشنز (تطریقات وجہی) میں سر کی کامل بسط شدگی ہوتی ہے، چنانچہ آکسیپٹ (قذال) گردن کی پشت کے ساتھ مضبوطی سے لگا ہوتا ہے اور ٹھڈی بدرجہ ممکنہ آگے کی جانب نکلی ہوتی ہے۔

سبب

فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) یا تو وضع حمل کے شروع ہونے سے قبل ہی موجود ہوتی ہیں، یا وضع حمل شروع ہونے کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو جاتی ہیں۔ اول الذکر صورت میں وہ مندرجہ ذیل عوامل سے پیدا ہوتی ہیں، خلقی تشوہات مثلاً اینن قیفالی

(anencephaly = عدم الدماغ) اگردن کے اتنے بڑے سلعات کہ جو خم شدگی میں خلل انداز ہوں، یا گردن کے عضلات کی تشنجی حالت۔ لیکن یہ حالتیں بہت ہی شاذ ہوتی ہیں، لہٰذا فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) زیادہ کثرت کے ساتھ وضع حمل کے آغاز کے بعد پیدا ہوتی ہیں، بوجہ اس امر کے کہ سر کو لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیرین رحمی قطعہ) اور پیلوس (حوض) میں



تصویر ۴۹۔ فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق) کی پیدائش؛ رحم کے ترچھے پن کی وجہ سے۔ جب جنینی پشت دائیں طرف کو ہو، تو رحمی قوت کا خط آکسیپٹو سپائنل جائنٹ (قذالی شوکی مفصل) کو چہرہ کی سمت میں ڈھکیلنے کا رجحان رکھتا ہے اور اس طرح بسط شدگی پیدا کرتا ہے۔

داخل ہونا دشوار ہوتا ہے۔ یہ دشواری یا تو پیلوس (حوض) کے کانٹریکشن (انقباض) کا نتیجہ

ہوتی ہے، یا سر کی جسامت بڑی ہونے کا۔ چنانچہ زمانہ حمل کے بے درد انقباضات جب سر کو پیلوس (حوض) میں بزور داخل کرنے کی بار بار کوشش کرتے ہیں، تو وہ سر میں صرف بسط شدگی پیدا کرنے میں کامیاب ہوتے ہیں، کیونکہ سر کے عریض ترین [یعنی بائی پیرائٹل (biparietal= جداری ثنائی) قطر کو برم (گگر) پر سب سے زیادہ مزاحمت پیش آتی ہے۔ اسکے علاوہ رحم کا ترچھاپن اور پینڈولس بیلی (pendulous belly= پیٹ کا لٹکا ہوا ہونا) بھی سر کی بسط شدگی پیدا کرسکتا ہے، کیونکہ ان سے وہ زاویہ کہ جس پر رحم، پیلوک برم (حوضی گگر) کی سطح مستوی کی جانب جھکا ہوتا ہے، تبدیل ہوجاتا ہے۔ رحم کا عام ترچھاپن یہ ہے کہ فنڈس (fundus= قعر) دائیں جانب کو جانبی طور پر ہٹا ہوا ہو، اس کا مطلب یہ ہے کہ رحمی قوت جس سمت میں اپنا اثر کرتی ہے وہ سمت دائیں سے بائیں طرف کو ہوتی ہے، جیسا کہ تصویر نمبر ۴۹ میں دکھایا گیا ہے۔ اگر جنین اپنی پشت کو بائیں جانب کئے ہوئے پڑا ہو، تو یہ ترچھے طور پر اثر کرنے والی قوت، آکسپٹو سپائنل جائنٹ (occipito-spinal joint= قذالی شوکی مفصل) کو آکسیپٹ (قذال) کی سمت میں ڈھکیلنے اور اس طرح خم شدگی میں 306 مدد دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ لیکن اگر جنین پشت کو دائیں جانب کئے پڑا ہو تو یہ قوت، آکسپٹو سپائنل جائنٹ (قذالی شوکی مفصل) کو چہرہ کی سمت میں ڈھکیلنے کا رجحان رکھتی ہے، اور اس طرح بسط شدگی پیدا کرتی ہے۔ یہ نتائج پینڈولس بیلی (لٹکے ہوئے پیٹ) میں بھی ظاہر ہوتے ہیں، البتہ پینڈولس بیلی (لٹکے ہوئے پیٹ) میں اگر جنین اپنی پشت کو سامنے کی جانب کئے پڑا ہو تو یہ امر بسط شدگی کے لئے مساعد ہے، اور اگر پشت کا رخ ماں کے شوکہ کی جانب ہو تو یہ خم شدگی کے لئے مساعد ہے۔

یہ معلوم کرنا موجب دلچسپی ہوگا کہ فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) میں پشت کا دائیں طرف کو ہونا قریب قریب اتنا ہی عام ہے جتنا کہ اس کا بائیں طرف کو ہونا حالانکہ ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تطریقات) میں پشت جتنی مرتبہ دائیں طرف کو ہوتی ہے اس سے دو چند بلکہ زیادہ مرتبہ بائیں طرف کو ہوتی ہے۔ یہ ثبوت گردانا گیا ہے اس امر کا کہ پشت کے دائیں طرف کو ہونے کی وضع، فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) کی پیدائش کے لئے مساعد ہے۔

مذکورہ بالا میکانی عوامل سب کے سب، ممکن ہے کہ وضع حمل شروع ہونے سے قبل بروئے کار آئیں، جبکہ یہ اولی فیس پریزنٹیشنز (face presentations=وجہی تطریقات) پیدا کرتے ہیں۔ لیکن اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ یہ اس وقت فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات)



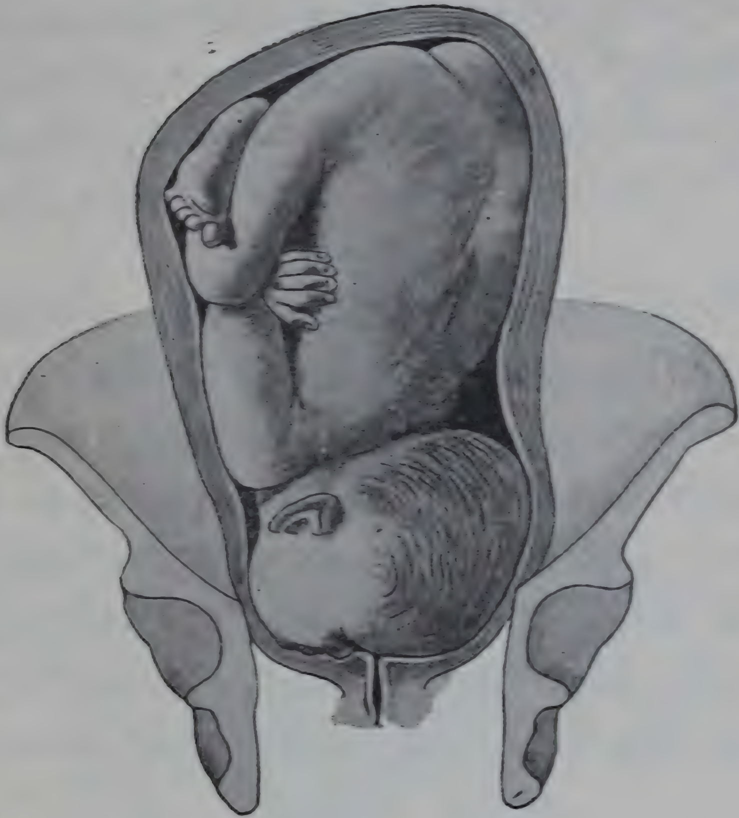
تصویر ۹۵ ۔ فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق) کی پیدائش ایک فلیٹ پلوس (چپٹے حوض) میں۔ بسط شدگی اس لئے پیدا ہوتی ہے کہ بائی پرائٹل (جداری) قطر رک جاتا ہے۔ اگر ایک مرتبہ اتنی بسط شدگی پیدا ہو جائے کہ آکسپٹو سپائنل جائنٹ (قذالی شوکی مفصل) اس خط سے جس میں رحمی قوت اپنا اثر کرتی ہے، آگے ہو جائے جیسا کہ تیر (↓) سے ظاہر ہوتا ہے، تو اسی وقت سے رحمی قوت میں بسط شدگی کو بڑھانے اور چہرہ کی تطریق کرانے کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے۔

پیدا کرتے ہیں جب کہ وضع حمل شروع ہو چکا ہو' اور اس صورت میں پریزنٹیشن (تطریق) 307
ثانوی تصور کی جاتی ہے۔ جب بسط شدگی ایک مرتبہ شروع ہو جائے تو رحمی کانٹریکشن
(انقباض) اس کو اور زیادہ کرنے کا رجحان رکھتا ہے' جیسا کہ تصویر نمبر ۹۵ میں نظر آتا ہے۔
یہ تصویر ظاہر کرتی ہے کہ جب بسط شدگی شروع ہو جائے' تو رحمی قوت جس خط میں اپنا اثر کرتی
ہے وہ خط آکسیپٹو سپائنل جائنٹ (قذالی شوکی مفصل) کے پیچھے آپڑتا ہے اور اسطرح بسط شدگی کو
بڑھاتا ہے۔

ڈولیکو قیفالیک (dolicho-cephalic= مستطیل الراسی) سر کا آکسیپٹو فرانٹل
(قذالی جبہی) قطر غیر معمولی طور پر لانبا ہوتا ہے' لہذا اس کو فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات)
کا سبب تصور کیا گیا ہے' اس لئے کہ سر کے قذالی سرے کا زیادہ ابھار بہتر لیوریج
(leverage= بیرمیت) پیش کرتا ہے۔ فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) میں انصباغ'
سر کے پیش پسی قطر کی تطویل کا باعث ہوتا ہے' لہذا سر کی مذکورۂ بالا شکل' بہ نسبت اس کے کہ
فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق) کا سبب ہو یہ زیادہ اغلب ہے کہ یہ اس کا نتیجہ ہو۔ پشت
کی بسط کردگی بھی' جس کی وجہ امبلائکل کارڈ (حبل السری) کا نہایت ہی چھوٹا ہونا یا اس کا 308
گردن کے گرد ہونے کے باعث نسبتہً چھوٹا ہونا ہے' سر کی بسط کردگی کا رجحان پیدا کرتی
ہے۔

فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق) ۲۵۰ تا ۳۰۰ وضع الحملوں میں تقریباً ایک مرتبہ
واقع ہوتی ہے' اور پرمی گریویڈا (اولین حاملہ) کی بہ نسبت ملٹی پیرا (کثیر الولادت زچاؤں)
میں زیادہ کثرت سے ہوتی ہے۔ غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ ان عورتوں کی جنھوں نے بچے
جنے ہوں شکمی دیواریں ڈھیلی ہوتی ہیں۔

پیلوس (حوض) میں ورٹکس (قمہ) کی بجائے چہرہ داخل ہوتا ہے' اور ٹھڈی سے
لے کر پیشانی تک سارے کا سارا چہرہ برم (کگر) پر تطریق کرتا ہے' اس طرح سے کہ آکسیپٹو فرانٹل
(occipito-frontal= قذالی جبہی کے متناظر مینٹو بریگمیٹک (mento-bregmatic= ذقنی سیمائی)
قطر' اور سب آکسیپٹو بریگمیٹک (suboccipito-bregmatic= زیر قذالی سیمائی) کے متناظر
سب مینٹو بریگمیٹک (submento-bregmatic= زیر ذقنی سیمائی) قطر آجاتا ہے (دیکھو



تصویر ۹۶۔ فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق) پہلی وضع۔

چہرہ ٹھڈی سے لیکر بریگما (سیما) تک تطریق کرتا ہے اور سب مینٹو بریگمیٹک (زیر ذقنی سیمائی) قطر پیلوک انلٹ (حوضی مدخل) کے دائیں ترچھے قطر میں متمکن ہوتا ہے۔ پشت کا رُخ آگے کو اور بائیں جانب ہوتا ہے لیکن بجائے خمیدہ ہونے کے جیسا کہ ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) میں ہوتا ہے یہ بسیط شدہ ہوتی ہے اس طرح کہ بریچ (سرین) زیادہ اُبھری ہوئی ہوتی ہے اور زیادہ آسانی کے ساتھ جس کی جا سکتی ہے۔

تصویر ۹۶ الف) ۔ بچہ کی پشت اور سر بسط شدہ ہوتا ہے لیکن جوارح جسم پر خمیدہ رہتے ہیں، البتہ شوکہ کے بسط شدہ ہونے اور پیٹ کے اُبھرے ہوئے ہونے کی وجہ سے گھٹنے کہنیوں سے جدا ہوجاتے ہیں (تصویر ۹۶)۔

وضعات فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) میں ٹھڈی [لاطینی میں اسے منٹم (mentum) 309
کہتے ہیں] نسب نما ہوتی ہے اور ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تطریقات) کے متماثل اس کی چار وضعات بیان کی جاتی ہیں، اور ان کو اس امر کے لحاظ سے نامزد کیا جاتا ہے کہ وہ کس ورٹکس (قمی) وضع سے ثانوی طور پر پیدا ہوسکتی ہیں مثلاً اگر پہلی ورٹکس (قمی) وضع، سر کی بسط شدگی ہوجانے کی وجہ سے وجہی میں مبدل ہوجائے، تو چہرہ اس طرح تطریق کرتا ہے کہ ٹھڈی پیچھے کو اور دائیں جانب ہوتی ہے اور چہرہ کا طویل محور پیلوس (حوض) کے دائیں ترچھے قطر میں ہوتا ہے۔ بالفاظ دیگر پہلی وجہی وضع وہ ہے کہ جس میں ٹھڈی دائیں سیکرو ایلیک سن کانڈروسس (sacro-iliac synchondrosis= عجزی حرقفی مفصل غضروفی) کے مقابل ہوتی ہے۔ فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) میں پشت کی وضع وہی ہوتی ہے جو کہ ورٹکس (قمہ)، کی متناظر وضع میں پشت کی وضع ہوتی ہے۔

چہرہ کی چار وضعات یہ ہیں:۔

۱۔ راست مینٹو پوسٹیریر (mento-posterior= ذقنی عقبی) یعنی R.M.P. ۔ ٹھڈی دائیں طرف اور پیچھے کو رخ رکھتی ہے۔ پشت آگے اور بائیں طرف کو رخ رکھتی ہے (تصویر ۹۷)۔

۲۔ چپ مینٹو پوسٹیریر (ذقنی عقبی) یعنی L.M.A. ۔ ٹھڈی بائیں طرف اور پیچھے کو رخ رکھتی ہے۔ پشت آگے اور دائیں طرف کو رخ رکھتی ہے (تصویر ۹۸)۔

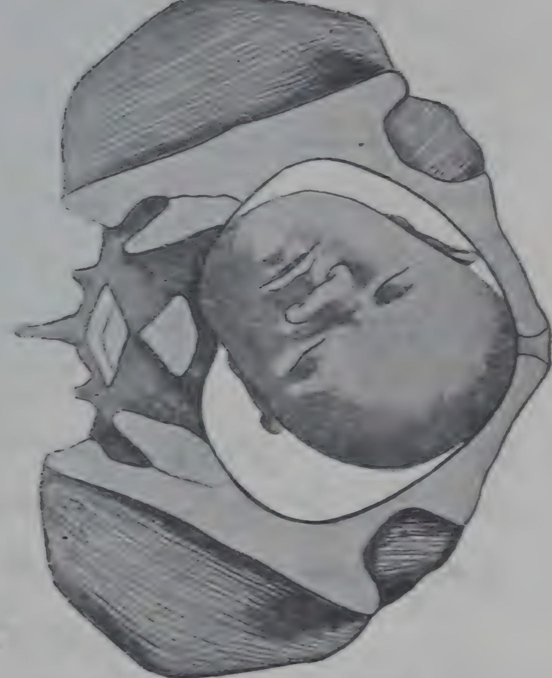
۳۔ چپ مینٹو انٹیریر (mento-anterior= ذقنی مقدمی) یعنی L.M.P. ۔ ٹھڈی بائیں طرف اور آگے کو رخ رکھتی ہے۔ پشت پیچھے کو اور دائیں طرف رخ رکھتی ہے (تصویر ۹۹)۔

۴۔ راست مینٹو انٹیریر (ذقنی مقدمی) یعنی R.M.A. ۔ ٹھڈی دائیں طرف اور آگے کو رخ رکھتی ہے۔ پشت پیچھے کو اور بائیں طرف رخ رکھتی ہے (تصویر ۱۰۰)۔

اس جماعت بندی سے یہ ظاہر ہے کہ اگرچہ نسب نما ایک مختلف مقام [یعنی دائیں سیکرو ایلیک جائنٹ (عجزی حرقفی مفصل)] سے چلنا شروع کرتا ہے، تاہم یہ برابر چار وضعات پر جانے میں، پیلوس (حوض) کے گرد اسی سمت میں گھومتا ہے جس سمت میں کہ یہ ورٹکس

(قمی) وضعات میں گھومتا ہے، یعنی گھڑی کی سوئیوں کی سمت میں۔
فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق) کی تیسری اور چوتھی وضعات، اس سے نسبتہً زیادہ کثیر الوقوع ہیں کہ جتنی یہ ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) میں ہوتی ہیں، بلاشبہ اس کی وجہ یہ امر ہے کہ ورٹکس (قمہ) کی تیسری اور چوتھی وضعات میں نامکمل خمیدگی ایک عام الوقوع امر ہے اور اسلئے یہ وضعات، آکسیپٹ (قذال) کے برم (لگر) پر آکر رک جائے اور چہرہ کے اتر جانے کے لئے





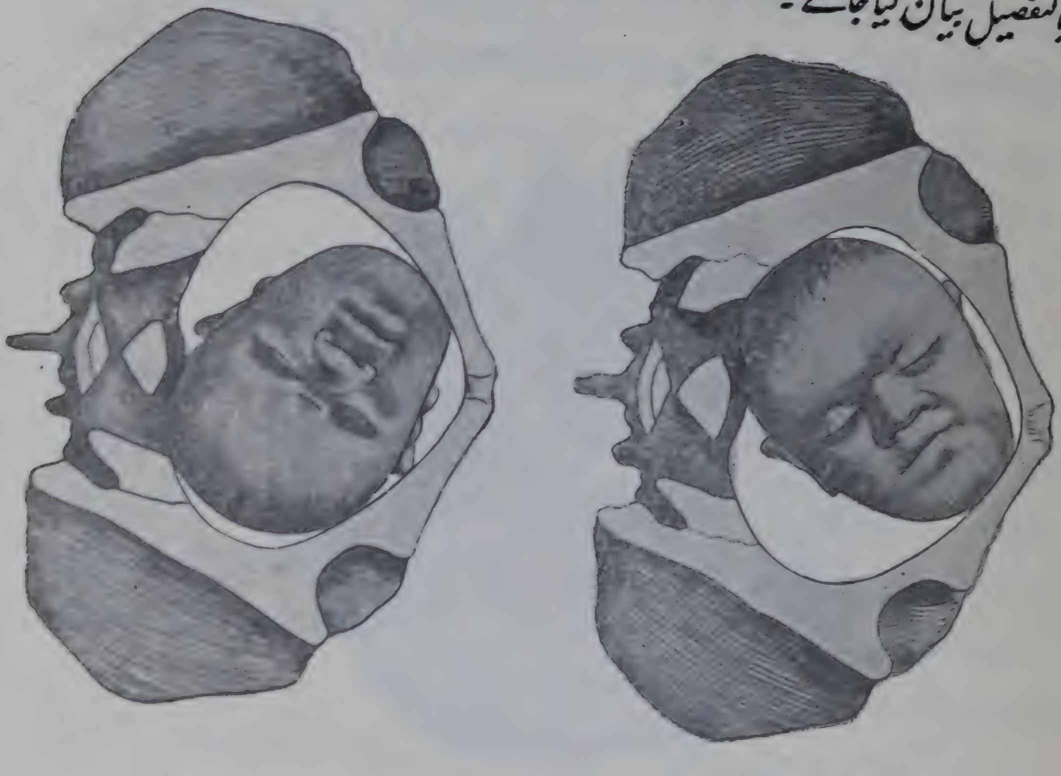
تصویر ۸۔۹۔ فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق)۔
دوسری وضع، چپ مینٹو پوسٹیریر (ذقنی عقبی)۔

تصویر ۷۔۹۔ فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق)۔
پہلی وضع، راست مینٹو پوسٹیریر (ذقنی عقبی)۔

زیادہ مساعد ہیں۔ پہلی وضع عام ترین ہوتی ہے، اگرچہ اس کا آغاز زیادہ غلبۂ تعداد نہیں ہوتا کہ جتنا ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تطریقات) میں ہوتا ہے۔

ولادت کا میکانیہ

فیس پریزنٹیشنز (وجہی تظریقات) میں میکانیہ بالکل انہی میکانی اصولوں پر مبنی ہوتا ہے کہ جو ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تظریقات) میں کارفرما ہوتے ہیں، لہذا یہ غیرضروری ہے کہ اس کو بالتفصیل بیان کیا جائے۔



تصویر ۹۹۔ فیس پریزنٹیشن (وجہی تظریق)۔
تیسری وضع، چپ مینٹو انٹیریر (ذقنی مقدمی)۔

تصویر ۱۰۰۔ فیس پریزنٹیشن (وجہی تظریق)۔
چوتھی وضع، راست مینٹو انٹیریر (ذقنی مقدمی)۔

سب سے پہلے تیسری وضع یعنی L. M. A. کے میکانیہ پر غور کرنا مناسب ہے اس لئے کہ یہ نوعیت میں پہلی ورٹکس (قمی) وضع کے متناظر ہے، فرق محض اتنا ہے کہ چہرے کے نیچے اترنے کے دوران میں سر کی خم شدگی کی بجائے بسط شدگی واقع ہوتی ہے اور اسی طرح

اس کے برعکس ۔ چہرہ کے اُتار کے دوران میں چار حرکات ہونی بیان کی جاتی ہیں ۔

بسط شدگی

خم شدگی

تدویر اندرونی

تدویر بیرونی

بسط شدگی ۔ چہرہ، برم (دگگر) میں اس طرح داخل ہوتا ہے کہ ٹھوڑی آگے کو اور بائیں 311
جانب ہوتی ہے، اور سب منیٹو برگمیٹک (submento-bregmatic= زیر ذقنی سیمائی)
قطر مرتبط ہوتا ہے، جو کہ ۳ ۳/۴ انچ ہوتا ہے ۔ بسط شدہ سر پر رحم کے فعل کا یہ اثر ہوتا ہے کہ جیسے جیسے



تصویر ۱-۱ ۔ فیس پریزنٹیشن (وجہی تظریق) میکانیہ پہلی وضع میں ۔
سر انتہائی بسط شدگی کے ساتھ اُترتا ہے اس طرح کہ ٹھوڑی پیش پیش ہوتی ہے ۔
پھر ٹھوڑی کی آگے کو اندرونی تدویر واقع ہوتی ہے ۔

سر مزاحم پیلوک (حوضی) قنال میں سے گذرتا ہے بسط شدگی میں اضافہ ہوتا جاتا ہے، بالکل انہی وجوہ سے کہ جو ورٹکس پریزنٹیشنز (وجہی قطریقات) میں خمیدگی پیدا کرتی ہیں ۔ چنانچہ

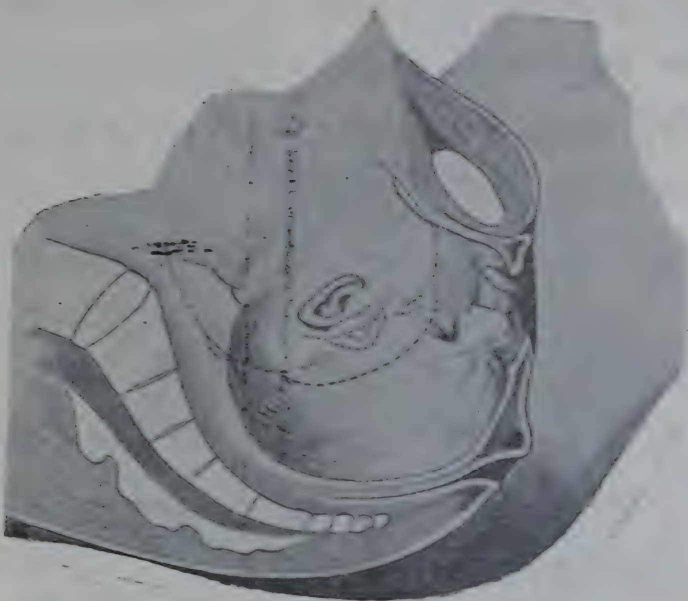
ٹھڈی پیشانی سے پیش پیش اُترتی ہے۔ طویل ترسب مینٹوورٹیکل (submento-vertical = زیر ذقنی قمی) قطر کی بجائے صغیر ترسب مینٹو برگمیٹک (زیر ذقنی سیمائی) قطر کا مرتبط ہونا بھی اسی نمایاں بسط شدگی کا نتیجہ ہے۔

تدویر اندرونی۔ ٹھڈی آگے کو تدویر کر کے اور ۱/۸ حصہ دائرہ کاٹ کر، سمفزز پیوبس (symphysis pubis = ارتفاق عانہ) کے نیچے کی کھلی فضا میں چلی جاتی ہے، کیونکہ چہرہ کا یہی وہ حصہ ہے جو سب سے پہلے پیلوک فلور (pelvic floor = حوضی فرش) کی مزاحمت سے دوچار ہوتا ہے۔ چنانچہ چہرہ اس طرح پر واقع ہوجاتا ہے کہ اس کا محور طویل یعنی سب مینٹو برگمیٹک (زیر ذقنی سیمائی) یا سب مینٹوورٹیکل (submento-vertical = زیر ذقنی قمی) قطر، اوٹ لٹ (مخرج) کے پیش پسی قطر میں، اور ٹھڈی سامنے پیوبک آرچ (عانی محراب) کے نیچے آجاتی ہے (تصویر ۱۰۱ اور ۱۰۲)۔

خم شدگی۔ جوں ہی کہ ٹھڈی سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے نیچے سے پھسل کر باہر ہوتی ہے خم شدگی واقع ہوتی ہے، بالکل انہی وجوہ سے کہ جو ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تظاہریات) میں بسط شدگی پیدا کرتے ہیں۔ ورٹکس (قمہ) ولوا (فرج) کو انتہائی پھیلا تک کہ آکسیپٹ (قذال) پرینیم (عجان) پر سے ہوکر باہر آجاتا ہے اور سر اس طرح تولد ہوتا ہے
312 کہ اس کا سب مینٹوورٹیکل (زیر ذقنی قمی) قطر [۴½ انچ] اوٹ لٹ (مخرج) کے پیش پسی قطر میں ہوتا ہے (دیکھو تصویر ۹۵ ب)۔

تدویر بیرونی۔ یہ ٹھیک اس طرح عمل میں آتی ہے جس طرح کہ ورٹکس (قمی) مثالوں میں آتی ہے۔ پہلے تو ایک رسٹی ٹیوشن (restitution = تدویر رجعی) کی حرکت ہوتی ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ شانوں نے سر کی تدویر اندرونی کی تقلید نہیں کی تھی اور چہرہ ۱/۸ حصہ دائرہ طے کر کے ماں کی بائیں جانب گھوم جاتا ہے۔ دوسری حرکت اس طرح واقع ہوتی ہے کہ شانے اوٹ لٹ (مخرج) کے بائیں ترچھے قطر میں سے گھوم کر اس کے پیش پسی قطر میں آجاتے ہیں، جس سے چہرہ ماں کے بائیں جانب کی طرف کو مزید ۱/۸ حصہ دائرہ کاٹتا ہے۔ پس بیرونی تدویر کی مکمل حرکت دائرہ کے ۲/۸ حصہ کے برابر یعنی تدویر اندرونی کی مکمل حرکت سے دوچند ہوتی ہے۔

اب بایاں شانہ پیوبک آرچ (عانی محراب) کے نیچے اور دایاں پرینیم (عجان) پر ہوتا ہے۔ دونوں شانے باہر آجاتے ہیں اور اس کے بعد باقی کا جسم بھی باہر آجاتا ہے اور سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے گرد جانبی طور پر خمیدہ ہوکر تولد ہوتا ہے۔



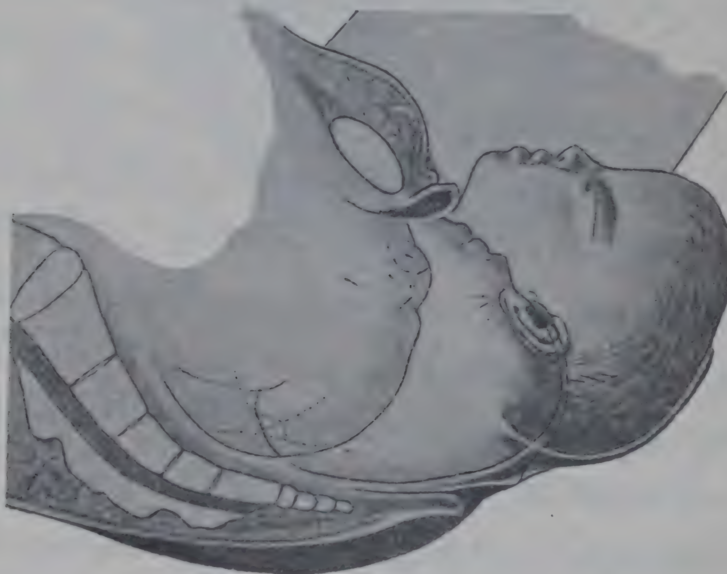
تصویر ۱۰۲۔ فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق)۔ میکانیہ پہلی وضع میں۔
ٹھڈی کی اندرونی تدویر قریب قریب مکمل ہوچکی ہے۔ ٹھڈی پیلویس (حوض) کی دائیں جانب سے گھوم کر، جیسا کہ نقطہ دار خط سے ظاہر کیا گیا ہے، پیوبک آرچ (محراب عانی) کے نیچے چلی جاتی ہے اس طور پر کہ سب مینٹو بریگمیٹک (زیر ذقنی سیمائی) قطر، قریب قریب پیلوک اوٹ لٹ (حوضی مخرج) کے پیش پسی قطر میں آجاتا ہے۔

چوتھی وضع کا میکانیہ، تیسری وضع کے میکانیہ سے عین متماثل ہے، بشرطیکہ اس کے بیان میں "بایاں" کی بجائے "دایاں" کا لفظ پڑھا جائے، لہذا اس کی خاص تفصیل دینے کی

کوئی ضرورت نہیں۔

313 پہلی اور دوسری وضعات کا میکانیہ کسی قدر زیادہ پیچیدہ ہے، کیونکہ ٹھڈی کا رخ پیچھے کو ہوتا ہے، لیکن یہ ورٹکس (قمہ) کی آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعات کے میکانیہ سے اسقدر مشابہ ہوتا ہے کہ اس کا مختصر سا بیان کافی ہوگا۔

پہلی وضع یعنی R. M. P. میں چہرہ کا لمبا قطر، پیلوس (حوض) کے دائیں ترچھے قطر میں ہوتا ہے اور ٹھڈی دائیں سیکروالیک جائنٹ (sacro-iliac joint= عجزی حرقفی مفصل) کے مقابل ہوتی ہے۔ نمایاں بسط شدگی ہونے کی وجہ سے پیلوک فلور (حوضی فرش)



تصویر ۱۰۳۔ فیس پریزنٹیشن (وجہی تظریق) میکانیہ۔
اندرونی تدویر ہوکر ٹھڈی پیوبک آرچ (محراب عانی) کے نیچے آگئی ہے۔ اب خم شدگی کی حرکت سے سر خارج ہوتا ہے اس طور پر کہ پہلے اس کا سب مینٹو برگمیٹک (زیر ذقنی سیمائی) قطر اور پھر سب مینٹو ورٹیکل (زیر ذقنی قمی) قطر باری باری مخرج کو تنتے ہیں۔

کی ڈھلوان نالی پر سب سے پہلے ٹھڈی آکر پڑتی ہے، اس کے نتیجہ کے طور پر طویل اندرونی تدویر واقع ہوتی ہے جس کی اثنا میں چہرہ دائرہ کا ۳/۸ حصہ کاٹتا ہے۔ اس کے بعد گردن سمفزز (ارتفاق) کے پیچھے مثبت ہو جاتی ہے، اور ٹھڈی اس کے نیچے سے نکل آتی ہے، اور سر خم شدگی کے ذریعہ تولد ہوتا ہے۔ بعد ازاں شانوں کی اندرونی تدویر کے نتیجہ کے طور پر بیرونی تدویر وقوع پذیر ہوتی ہے اور چہرہ سیدھا ماں کی دائیں طرف دیکھنے لگتا ہے۔ بعد میں جسم کی ولادت حسب سابق ہوتی ہے۔

دوسری وضع کا میکانیہ، بالکل پہلی وضع کے میکانیہ سے متناظر ہوتا ہے۔

ان مثالوں میں جنمیں بسط شدگی ٹھڈی کو پیلوک فلور (حوضی فرش) پر پیش پیش لانے کے لئے کافی نہیں ہوتی، ممکن ہے اس کی آگے کو تدویر نہ واقع ہو، اس کے نتیجہ میں مواظب مینٹو لوسٹیریر (ذقنی عقبی) وضع پیدا ہوتی ہے۔ اس کی مثالیں اس سے شاذ تر ہیں کہ جتنی یہ ورٹکس (قمہ) کی متناظر وضع میں پیش آتی ہیں، لیکن جب کبھی پیش آجاتی ہیں، تو زیادہ تشویشناک صورت حال پر دلالت کرتی ہیں، کیونکہ تاوقتیکہ سر نہایت ہی چھوٹا نہ ہو یا پیلوس (حوض) نہایت ہی بڑا نہ ہو، قدرتی ولادت ناممکن ہے۔ اگر ٹھڈی گھوم کر سیکرم (sacrum = عجز) کے گڑھے میں چلی جائے، تو فرانٹل (جبہی) ہڈی سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے پیچھے گھس جاتی ہے، اور گردن اور شانے برم (کگر) میں متمکن ہو جاتے ہیں۔ مزید تقدم ناممکن ہوتا ہے کیونکہ سر، سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کی چول پر نہیں گھوم سکتا۔ پرینیم (عجان) کے اوپر سے ٹھڈی نکل جانے کے لئے اتنے درجہ کی بسط شدگی درکار ہے کہ جو ایک زندہ اور کامل الجسامت بچہ میں ہونی ناممکن ہے۔ دشواری یہ نہیں ہوتی کہ سر کا کوئی حد سے سوا المباقطر مرتبط ہو جاتا ہے، بلکہ یہ ہوتی ہے کہ سر، گردن، اور شانے پیلوک کیویٹی (pelvic cavity = حوضی کہفہ) میں کچھ اس طرح ٹھس جاتے ہیں کہ مزید تقدم رک جاتا ہے۔ اگر کوئی مردہ بچہ یا چھوٹا پری میچور (premature = قبل از میعاد) بچہ ہو، تو سر اور سینہ، نرم اور ضغطہ پذیر ہونے کی وجہ سے ممکن ہے کہ ٹھڈی پرینیم (عجان) پر سے پھسل جائے اور جبین، ورٹکس (قمہ) اور آکسیپٹ (قذال)، سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے پیچھے سے سرک جاسکیں اور سر خم شدگی کے ذریعہ تولد ہو۔ ولوا (فرج)، کو وہی قطر متمدد کرتا ہے جو کہ ٹھڈی سامنے ہو کر ولادت ہونے کی 314

صورت میں متمدد کرتا ہے (دیکھو تصویر ۱۰۳)۔



تصویر ۱۰۴۔فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق)۔امتحان شکم پر مکشوفات بتانے کے لئے۔

ڈارسوانٹیریر (dorso-anterior= ظہری مقدمی) وضعات میں آکسیپٹ (قذال) کا نمایاں اُبھار اُسی جانب پایا جاتا ہے جس جانب کہ پشت پائی جاتی ہے۔اس سے اوپر اور قبل اس کے کہ پشت کو محسوس کرتے ہوئے غیر معمولی طور پر نمایاں سرینوں تک پہنچ جائیں، ایک نشیب شناخت ہو سکتا ہے۔

ڈارسو پوسٹیریر (dorso-posterior= ظہری عقبی) وضعات میں چھوٹے حصے بڑی وضاحت کے ساتھ محسوس ہو سکتے ہیں اس لئے کہ وہ شکم کی دیوار کی طرف آگے کو نکلے ہوئے ہوتے ہیں، اور اگر سر عمیق طور پر نہ مرتبط ہوا ہو تو پیلوک برم (حوضی کگر) سے اوپر ٹھڈی کی نوک شناخت کی جا سکتی ہے۔استماع کرنے پر اصوات قلب اس طرف جس طرف چھوٹے حصے ہوتے ہیں، صاف صاف سنائی دیتی ہیں۔

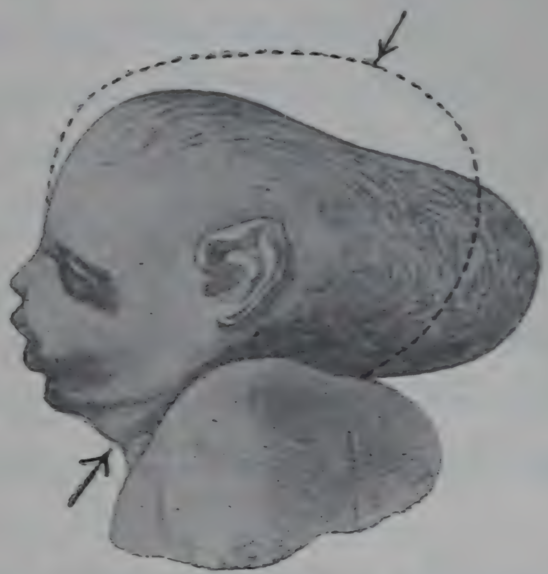
تشخیص

امتحانِ شکم ۔ یہ شناخت ہو سکتا ہے کہ بچہ رحم کے محورِ طولی میں پڑا ہوا ہے اس حالت میں کہ اس کا سر پیلوک برم (حوضی لگر) پر اور بریچ (سرین) فنڈس (قعر) میں ہے۔ پریزنٹیشن (تطریق) قیفالک (cephalic = راسی) ہے، لیکن ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) سے اس کی تفریقی تشخیص (جو کہ شکمی امتحان میں ایک بڑا سوال ہے) اس طرح ہو گی کہ خم شدگی کی بجائے بسط شدگی پائی جاتی ہے ۔ ڈارسو انٹیریر (dorso-anterior = ظہری مقدمی) {یعنی پہلی اور دوسری} وضعات میں شوکہ کا بسط شدہ ہونا جس میں بعض ایسا کن خصوصیات پیش کرتا ہے ۔ بچہ کی پشت کا بالائی حصہ [یعنی وہ جو کہ امبلائکس (ناف) سے نیچے واقع ہوتا ہے] اس آسانی سے محسوس نہیں ہوتا جس آسانی سے کہ ورٹکس (قمی) مثالوں میں محسوس ہوتا ہے، کیونکہ یہ بسط شدگی کی وجہ سے نشیب دار ہوتا ہے ۔ نیز پشت کا زیرین حصہ اور بریچ (سرین) [یعنی امبلائکس (ناف) سے اوپر کا حصہ] نمایاں طور پر ابھرا ہوا ہوتا ہے اور اس سے زیادہ آسانی کے ساتھ جس کیا جا سکتا ہے کہ جس آسانی سے کسی ورٹکس (قمی) مثال میں کیا جا سکتا ہے (دیکھو تصویر ۴-۱۰) ۔ اگر سر پیلوس (حوض) میں نہ اتر گیا ہو تو آکیپٹ (قذال) کا نمایاں ابھار اسی جانب شناخت کیا جا سکتا ہے کہ جس جانب پشت ہوتی ہے ۔ ٹھوڑی شاذ و نادر ہی شناخت کی جا سکتی ہے، کیونکہ یہ پیچھے اور زیادہ نیچے ہوتی ہے لیکن جو مکشوفات کہ ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) کے خمیدہ سر کی صورت میں پائے جاتے ہیں اور جو مکشوفات کہ اسکے بسط شدہ سر کی صورت میں پائے جاتے ہیں، اگر ان کا مقابلہ کیا جائے، تو یہ ثابت ہو گا کہ خمیدہ سر میں سب سے زیادہ ابھرا ہوا حصہ [یعنی پیشانی جو کہ بلند تر ہوتی اور زیادہ آسانی سے محسوس ہوتی ہے] جس جانب پشت ہوتی ہے اس کی مخالف جانب ہوتا ہے۔ حالانکہ بسط شدہ سر میں سب سے زیادہ ابھرا ہوا حصہ، جس جانب پشت ہوتی ہے اسی جانب ہوتا ہے، یعنی قذال کا گول مول سخت تودہ جو اس صورت میں بلند تر ہوتا اور زیادہ آسانی کے ساتھ محسوس ہوتا ہے ۔ اس گول ابھار سے اوپر اور اس سے قبل کہ پشت کو محسوس 315

کرتے ہوئے نمایاں بریچ (سرینوں) تک پہنچ جائیں، ایک نشیب سا پایا جاتا ہے۔ اگر سر پیلوس (حوض) میں اتر چکا ہے، تو ممکن ہے یہ معلوم ہو کہ انگلیوں کو آکسیپٹ (قذال) کے پاس، یعنی اس جانب میں جس جانب میں پشت اور بریچ (سرین) ہوتے ہیں، اس آسانی سے داخل نہیں کیا جا سکتا کہ جس آسانی سے ان کو پیشانی کے پاس داخل کیا جا سکتا ہے۔ ڈارسو پوسٹیریر (dorso-posterior = ظہری عقبی) [یعنی تیسری اور چوتھی] وضعات میں چھوٹے حصے نہایت وضاحت کے ساتھ محسوس ہوتے ہیں، کیونکہ پشت کی بسط شدگی سینہ اور شکم کو اور ان پر پڑے ہوئے جوارح کو، مقدمی رحمی دیوار کے ساتھ لگا دیتی ہے اور اس لیے شکمی دیوار کے ساتھ تھپکی لگا دیتی ہے۔ اگر سر پیلوس (حوض) میں ابھی نہ اترا ہو، تو ممکن ہے کہ اس طرف جس طرف کہ جوارح ہوتے ہیں، ٹھڈی کی گول مول نوک شناخت کی جا سکے۔ ڈارسو انٹیریر (ظہری مقدمی) مثالوں میں ممکن ہے کہ استماع پر اصوات قلب غیر واضح اور مشکل الادراک معلوم ہوں، لیکن ڈارسو پوسٹیریر (ظہری عقبی) مثالوں میں، بوجہ سینہ کے ابھرے ہونے کے یہ اصوات ممکن ہے نہایت ہی واضح ہوں۔ لہٰذا اگر کسی مثال میں چھوٹے حصوں پر اصوات قلب نہایت صاف صاف سنائی دیں، تو یہ ڈارسو پوسٹیریر برفیس پریزنٹیشن (ظہری عقبی وجہی تظریق) کی طرف اشارہ ہے۔

ویجائنل (مہبلی) امتحان۔ وضع حمل کے شروع میں ممکن ہے پریزنٹنگ (تظریق کن) حصہ تک پہنچنا محال ہو۔ چونکہ لوئر یوٹرائن سگمینٹ (اسفل قطعہ رحمی) چہرہ سے اس طرح بھرپور نہیں ہوتا جس طرح سے کہ گول مول ورٹکس (قمہ) سے بھرپور ہوتا ہے، اس لئے دروں رحمی دباؤ سے پانی کی تھیلی مطول شکل میں لٹک آتی ہے اور جلد ہی مشقوق ہو جاتی ہے۔ جب چہرہ پیلوک برم (حوضی گگر) میں اتر جاتا ہے اور اتنا کافی اتساع ہو جاتا ہے کہ انگلی کے ذریعہ پریزنٹنگ (تظریقی) حصہ کا استقصاء کیا جا سکے، تو ٹھڈی کی نوک، منہ اور ناک، اور محجوں کے عظمی کنارے شناخت ہو سکتے ہیں اور خاصے متمیز ہوتے ہیں۔ اس بات کی احتیاط کرنی چاہیے کہ چہرے کو جس کرنے میں آنکھوں کو ضرر نہ پہنچے۔ اگر چہرہ کہفہ میں اترا ہوا ہو
316 اور گالوں اور ہونٹوں پر ایک کیپٹ سکسڈینیم (caput succedaneum = سابیا) بنا ہوا ہو، تو کہا جاتا ہے کہ چہرہ بآسانی بریچ (سرینوں) کے ساتھ گڈمڈ کیا جا سکتا ہے۔ لیکن

یہ غلطی ہونے کا کوئی قرینہ نہیں ہے کیونکہ شکمی امتحان سے قیفالک پریزنٹیشن (راسی تطریق) کا علم ہو جاتا ہے اور نتھنے خاصے امتیازی ہوتے ہیں اور آسانی سے اعضاء تناسلی سے گڈمڈ نہیں ہو سکتے۔ پھر بھی اگر کچھ شک ہو تو انگلیوں کو پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ کی اطراف کے گرد گزار کر کان کو ٹٹولنا چاہیئے۔ کان کے معلوم کر لینے سے پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ کی نوعیت طے



تصویر ۱۰۵۔ فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق) میں مولڈنگ (انصیاغ)۔
وہ قطر جو کہ ضغط پذیر ہوتا ہے، سب مینٹو ورٹیکل (زیر ذقنی قمی) اور سب مینٹو برگمیٹک (زیر ذقنی سیمائی) کے درمیان کا قطر ہے۔ سر کا آکسپٹل (قذالی) سرا ابھر آتا ہے۔
چہرہ کا ورم بھی ظاہر کیا گیا ہے (دیکھو تصویر ۱۰۸)۔

ہو جاتی ہے۔ وضع کی تشخیص کے لئے یہ معلوم کیا جاتا ہے کہ ٹھڈی کا رخ کس سمت میں ہے۔

انذار

فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) میں یہ ضرور نہیں کہ انذار ماں یا بچہ کے لئے اس سے

زیادہ تشویش ناک ہو کہ جتنا یہ ورٹکس (قمی) صورتوں میں ہوتا ہے۔ فیس پریزنٹیشنز (وجھی تطریقات) کی بہت سی مثالوں میں قدرتاً اور بغیر ذرا سی مشکل کے بھی ولادت ہو جاتی ہے۔ یہ سب مثالیں ملٹی پیرس (کثیر الولادت زچاؤں) میں شکمی دیوار (کے ارتخاء) کا نتیجہ ہوتی ہیں اور ایسی مثالوں میں چہرہ کے بل) ولادت سے ماں یا بچہ کے لئے خطرہ میں جو اضافہ ہوتا ہے وہ قریب قریب ناقابل التفات ہوتا ہے۔ اس کے برعکس، فیس پریزنٹیشن (وجھی تطریق) پیدا کرنے والے جو اسباب ہوتے ہیں، وہ بسا اوقات ماں اور بچہ کے انذار پر بھی اثر انداز ہوتے ہیں خاصکر ان مثالوں میں جن میں سر کی جسامت اور پیلوک برم (حوضی لگر) میں کچھ عدم مساوات ہو۔ لیکن قطع نظر اس کے، چہرہ کے بل ولادت ہونا، ورٹکس (قمہ) کے بل ولادت ہونے کی نسبت بذات خود زیادہ ناسازگار ہے، جیسا کہ ذیل کے ملحوظات سے معلوم ہوگا۔

اغشیہ کے جلد ہی شق ہو جانے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے، اور چونکہ چہرہ، ورٹکس (قمہ) کی نسبت ایک کند تر اور کم موثر موسع ہے، اس لئے وضع حمل میں دیر لگتی ہے۔

اوٹ لٹ (مخرج) پر جو قطر تطریق ہوتا ہے، یعنی سب مینٹو ورٹیکل (زیر ذقنی قمی) کے پاس کا قطر، وہ زیادہ بڑا ہوتا ہے۔ رحمی قوتیں سر پر زیادہ مماسی طور پر اثر انداز ہوتی ہیں، اور اس لئے ان کی کارکردگی گھٹ جاتی ہے۔

317 پہلی اور دوسری وضعات میں ماں کے لئے، اور اس سے بڑھکر بچہ کے لئے انذار واضح طور پر زیادہ ناسازگار ہوتا ہے، اس کا سبب یہ ہے کہ ٹھڈی کے آگے کو نہ تدویر کرنے کی صورت میں اندرونی دست ورزی کی جاتی ہے، اور اس کے نتیجہ کے طور پر سپسس (عفونت) کا خطرہ ہوتا ہے۔ چونکہ ایک طبعی الجسامت زندہ بچہ کی کہ جس کی ٹھڈی مواب طور پر معقب رہے، ولادت کرانا ناممکن ہے، اسلئے ان وضعات میں بچہ کے متعلق توقعات گھٹ جاتی ہیں۔

مولڈنگ (انصباغ)۔ فیس پریزنٹیشنز (وجھی تطریقات) میں سب مینٹو ورٹیکل (زیر ذقنی قمی) قطر، یا اس قطر کے اور سب مینٹو بریگمیٹک (زیر ذقنی سیمائی) قطر کے درمیان کا قطر مضغوط ہوتا ہے۔ سر کا آکسیپٹل (قذالی) سرا اور اس سے کم درجہ تک فرانٹل (جبہی) سرا ابھر آتا ہے، اور اس وجہ سے آکسیپٹو فرانٹل (قذالی جبہی) قطر میں اضافہ

ہو جاتا ہے (دیکھو تصویر ۱۰۵)۔

انصرام اور علاج

اکثر واقعات کہ جن میں چہرہ تطریق کرتا ہے، قدرتی طور پر ختم ہو جاتے ہیں، بشرطیکہ ان میں کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی پیچیدگی نہ ہو، لہذا مداخلت کرنے کا سوال زیادہ تر اس امر کی بنا پر طے ہوتا ہے کہ کونسے اسباب تطریق کا موجب ہوئے ہیں، یہ سوال خود تطریق کی بنا پر طے نہیں ہوتا۔ ملٹی پیرس (کثیر الولادت) لٹکے ہوئے پیٹ والی عورتوں میں، جن کو پہلے آسان وضع الحمل ہو چکے ہوں، مداخلت کی شاذ و نادر ہی ضرورت پڑتی ہے۔ ایک پرمی گریویڈا (اولین حاملہ) میں یا ایک خراب قبالتی سرگذشت والی ملٹی پیرا (کثیر الولادت زچہ) میں، محتاط حوضی پیمائشیں کرنی چاہئیں (دیکھو صفحہ 300) جب کہ پہلے اس سے غفلت برتی گئی ہو۔ اگر مادری گذرگاہوں کے متعلق یا پریزننگ (تطریق کن) حصہ کی وضع کے متعلق صورت حالات دریافت کرنے میں کوئی دشواری ہو، تو این استھیسیا (عدم حسیت) کے تحت مکمل امتحان کرنا چاہئے، اور بشرط ضرورت ویجائنا (مہبل) میں سارا ہاتھ گذارنا چاہئے۔

فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) کا وقوع چونکہ وضع حمل سے قبل نہایت ہی شاذ ہوتا ہے، لہذا تشخیص بسا اوقات وضع الحمل کا آغاز ہونے تک نہیں کی جاتی، تاہم ممکن ہے کہ وضع حمل شروع ہونے سے قبل معتد حالات، مثلاً کانٹریکٹڈ پیلوس (حوضی انقباض)، سر کا بڑا ہونا، رحم کا ترچھاپن شناخت کئے جائیں اور دشواری رفع کرنے کے لئے تدابیر اختیار کی جائیں۔ پس فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) کا تجربی علاج بالعموم اس پر موقوف ہوتا ہے کہ ان کو وضع حمل کے شروع ہی میں شناخت کیا جائے۔

فیس (وجہی) کو ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تطریقات) میں تبدیل کرنے کے لئے مختلف ذرائع بتلائے گئے ہیں۔ یہ طریقے اغشیہ کے انشقاق میں تعجیل کرکے، یا کوئی زیادہ

غیر مساعد پریزنٹیشن (تطریق) مثلاً جبین یا حنی کہ شانہ کی پریزنٹیشن (تطریق) ظہور میں لا کر باعث مضرت ہو سکتے ہیں، اور بسا اوقات اپنے مقصد میں ناکام رہتے ہیں، کیونکہ اگر تبدیلی کامیابی کے ساتھ عمل میں آ بھی جائے تو بھی فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق) کے دوبارہ ہو جانے کا احتمال ہے۔ لہٰذا ان طریقوں پر تفصیلی غور و فکر کرنا لاحاصل ہے۔ ڈارسو انٹیریر (ظہری مقدمی) وضعات ہیں جن میں آئندہ چلکر ٹھڈی کے پیچھے کی جانب گھوم جانے کے باعث رکاوٹ کا امکان ہوتا ہے، اگر مریضہ کو ابتدائے وضع الحمل میں دیکھا جائے اور اگر سر برم (لگر) سے اوپر ہو، تو خم شدگی پیدا کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔ اس مقصد کیلئے 318
شکمی درست ورزی کے ذریعہ سر کو پیلویک برم (حوضی لگر) پر سے اٹھانا چاہیئے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ انگلیوں کے ذریعہ مقدم شانہ کو اوپر کی جانب دھکیلا جاتا ہے۔ پھر انہی انگلیوں سے شانہ کو بچہ کی پشت کی جانب دھکیلا جاتا ہے، اور ساتھ ہی دوسرے ہاتھ سے جو کہ فنڈس (قعر) پر ہوتا ہے، بریچ (سرینوں) کو بچہ کے شکم کی جانب، یعنی نیچے کو اور پیچھے کی جانب دھکیلا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے پشت خمیدہ ہو جاتی ہے، اور سر کی خم شدگی پیدا ہوتی ہے۔ ڈارسو پوسٹیریر (ظہری عقبی) وضعات میں، اگر سر وکس (عنق) کافی طور پر کھل گیا ہو، تو شاید یہ ممکن ہو کہ رحم میں بایاں ہاتھ داخل کیا جائے، اور سر کو گرفت کر کے آکسیپٹ (قذال) کو پھرایا جائے اور مقدمی وضع میں لیجایا جائے۔ اگر سر پیلوس (حوض) میں داخل ہو چکا ہو، تو یہ کوشش دونوں ہاتھوں سے اس طرح کرنی چاہیئے کہ ویجائنا (مہبل) کے اندر رکھی ہوئی دو تین انگلیوں کے ذریعہ دردوں کے درمیان جبین کو اوپر کی جانب دھکیلنا چاہیئے۔ اس سے پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ دھکل کر پیلوس (حوض) سے باہر آجاتا ہے۔ دوسرا ہاتھ جو شکم پر ہوتا ہے آکسیپٹ (قذال) کو نیچے کی جانب برم (لگر) میں دھکیلتا ہے۔ اغشیہ کے انشقاق سے قبل یہ کارروائی کرنے کی کوشش کرنا خلاف مصلحت ہے، اِلّا اس صورت میں کہ آس (فم) پورے طور پر کشادہ ہو (تصویر ۱۰۶)۔

وضع تبدیل کرنے کی کوشش کے سوال کو چند الفاظ میں مختصر طور پر اس طرح بیان کیا جاسکتا ہے:- اگر سر عمیق طور پر مرتبط ہوا ہو، تو انسب یہ ہے کہ اس کو اپنے حال پر

چھوڑ دیا جائے۔ اگر یہ برم (ڈگر) سے اوپر ہو یا بآسانی اوپر دھکیلا جا سکتا ہو، تو ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) میں تبدیل کرنے کی آزمائش کرنی چاہئے، لیکن اس میں کامیابی کی امید اسی صورت میں ہے کہ سرویکس (عنق) اتنا کشادہ ہو کہ اس میں ہاتھ سما سکتا ہو۔

غیر پیچیدہ پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) میں انصرام کار کی خاص تفصیل دینے کی چنداں ضرورت نہیں۔ چونکہ چہرہ ایسا اچھا موسع نہیں جیسا کہ گول ورٹکس (قمہ) ہے، لہٰذا اغشیہ کی تھیلی کا جلد ہی شق ہو جانا ایک قسم کا نقصان ہے، اور انشقاق کی تحریک سے بچنے کے لئے خاص احتیاطات کرنی چاہئیں۔ ویجائنل (مہبلی) امتحان بہت کم کرنا چاہئے اور باحتیاط کرنا چاہئے، اور جوں ہی کہ اَس (فم) نیم کشادہ ہو جائے اس کے بعد مریضہ کو لٹائے رکھنا انسب ہے۔ جب تک تقدم جاری ہے کسی مداخلت کی ضرورت نہیں لیکن اگر پورا اتساع ہو جانے کے بعد بھی چہرہ کے نزول میں دیر ہو اور ٹھڈی مقدمی ہو، تو فارسپز (forceps = کلابی) ولادت کی ضرورت نظر آئے گی، ٹھیک ان ہی دلائل کے پیش نظر جن کے پیش نظر ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تطریقات) میں ضرورت نظر آتی ہے۔

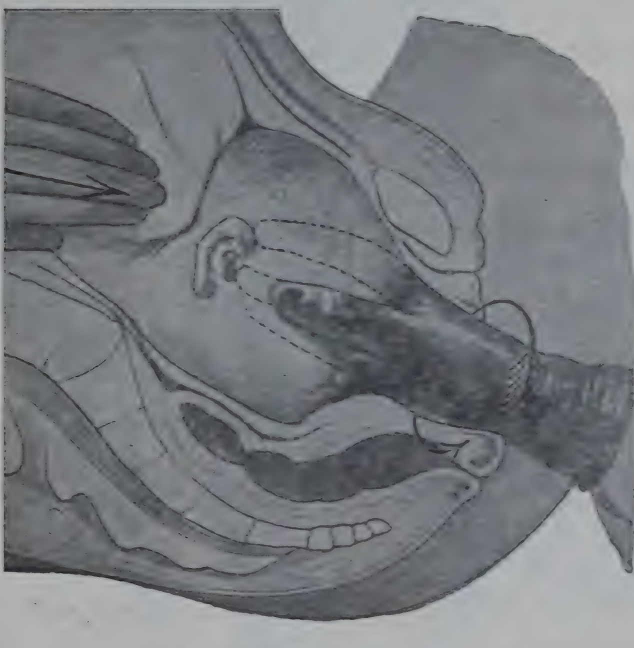
اگر ٹھڈی عقبی ہو اور آگے کو تدویر نہ واقع ہو، تو تدویر کو ہاتھ سے عمل میں لانے کی کوشش کرنی چاہئے، جیسا کہ ورٹکس (قمہ) کی عقبی وضعات میں کی جاتی ہے۔ این استھیسیا (عدم حسیت) کے تحت بایاں ہاتھ ویجائنا (مہبل) میں ڈالا جاتا ہے، اور انگوٹھے اور انگلیوں سے چہرہ کو کنپٹیوں کے درمیان گرفت کر لیا جاتا ہے اور اسے پیلوس (حوض) کی اس جانب کو جس جانب ٹھڈی کا رخ ہوتا ہے، گھمایا جاتا ہے، ساتھ ہی داہنا ہاتھ جو کہ شکم پر ہوتا ہے، مقدم شانہ کو ڈھکیل کر پیٹ کی دوسری جانب لیجاتا ہے (تصویر ۱۰۷)۔ اگر اس تدبیر سے ٹھڈی اور جسم کی، آگے کی جانب تدویر انجام پذیر ہو جائے، تو فارسپز (کلاب) کے ذریعہ سر کی ولادت کرا دینی چاہئے۔ اگر دستی تدویر ناکام ثابت ہو، تو ایکسز ٹریکشن فارسپز (axis traction forceps = محوری جری کلاب) کے ذریعہ ولادت کرانے کی کوشش کرنی چاہئے اس امید میں کہ جر کی اثنا میں تدویر واقع ہو جائے گی۔ اگر بچہ چھوٹا یا پری میچور (قبل از میعاد) ہو، تو فارسپز ٹریکشن (کلابی جر) کامیاب ثابت ہوگا اور ٹھڈی کو پیچھے رکھ کر سر کی تخریج کرانا ممکن ہوگا۔ اگر فارسپز (کلاب) ناکام رہے، تو پھر مناسب ہے کہ

اس وقت تک انتظار کیا جائے جب تک کہ اس امر کے صاف صاف آثار نظر نہ آجائیں کہ اب ماں میں ولادت کرانے کی ضرورت ہے۔ اب اگر نِد و یر کی ایک مزید کوشش بھی ناکامیاب ہو یا بچہ مردہ ہو تو واحد چارہ کار پرفوریشن (perforation = تقب) اور کرینیاٹومی



تصویر ۱۰۶۔ فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق) کو ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) میں بدلنے کا طریقہ۔ ویجائنا (مہبل) میں دو تین انگلیاں رکھ کر ان کے ذریعہ پیشانی پر دباؤ ڈالا جاتا ہے اور سر کو پیلویس (حوض) کے باہر دھکیل دیا جاتا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ ایک ہاتھ شکم پر رکھ کر اس کے ذریعہ آکسیپٹ (قذال) کو نیچے کو برم (لگر) میں دھکیلا جاتا ہے۔

(craniotomy= جمجمہ شگافی) ہے۔ جن مثالوں میں چہرہ کو برہم (دگگر) پر دیر لگ جاتی ہے، ان کا علاج اُن اسباب کے لحاظ سے کرنا چاہیئے جو اس تاخیر کا باعث ہوں۔ فلیٹ پیلوِس (flat pelvis= چپٹے حوض) میں بشرطیکہ یہ اتنا چھوٹا نہ ہو کہ سر کو گذرنے ہی نہ دے، بہترین علاج ورشن (version= گردش) ہے۔ لٹکے ہوئے پیٹ والی ملٹی پیرا 8 (multipara= کثیر الولادت زچہ) میں ممکن ہے کہ ارتباط میں کسی قدر تاخیر ہو لیکن اغشیہ کے



تصویر ۱۰۷۔ مواظب ذقنی عقبی وضع۔
چہرہ کو ہاتھ سے تدویر دے کر ٹھوڑی کو سامنے لانا، اور مقدم شانہ کو دھکیل کر جسم کو تدویر دینا۔ اس عمل کا اقدام کرنے سے قبل سر کو اوپر دھکیلا جاتا ہے تاکہ اگر کوئی انغراز ہو تو وہ دور کر دیا جائے اور چہرہ کی آزادانہ حرکت ممکن ہو جائے۔

انشقاق کے بعد تقریباً ہمیشہ چہرہ اتر آتا ہے۔ اگر امبلائکل کارڈ (umbilical cord= حبل السری)

یا کسی جارحہ کا سقوط ہو، تو اس وقت بھی بہترین علاج ورشن (گردش) ہی ہے۔ ان تمام مثالوں میں جنہیں جنینی موت کا صاف صاف ثبوت حاصل ہو گیا ہو، بموجب اس قاعدے کے جو کہ کسی اور جگہ بیان کیا گیا ہے، بچہ کا سر مثقوب کر دینا چاہیئے اور زندہ بچہ کی ولادت کیلئے جو دست ورزیاں ہیں ان میں سے کسی کی بھی کوشش نہ کرنی چاہیئے [دیکھو فارسیپز (کلاب)، ورشن (تدویر)، کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) اور پرفوریشن (ثقب) پر ابواب]۔

پس تاخیر پذیر فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق) کا انصرام اس بات پر موقوف ہے کہ آیا سر برم (لگر) کے اوپر رکا ہوا ہے یا پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) کے اندر رکا ہوا ہے۔ اول الذکر صورت میں، اگر ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) میں تبدیلی نہ ہو سکے، اور اگر شدید درجہ کا پیلوک کانٹریکشن (حوضی انقباض) موجود نہ ہو، تو پوڈیلک ورشن podalic version= قدمی گردش) عمل میں لانی چاہیئے۔ زیادہ درجہ کے پیلوک کانٹریکشن (حوضی انقباض) میں جن میں بچہ چہرہ کے بل تطریق کر رہا ہو، زندہ بچہ پیدا ہونے کی بہ مشکل توقع کی جا سکتی ہے اور اگر کیجا سکتی ہے تو صرف سیبرین سیکشن (Cæsarean section= قیصری شگاف) کے ذریعہ۔ سر کے پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) میں رک جانے کی صورت میں، ایکسٹرکشن فارسیپز (محوری جرّی کلاب) کے ذریعہ ولادت کرانی چاہیئے، لیکن اگر ٹھوڑی عقب میں ہو تو پہلے سر کو ہاتھ سے تدویر دے لینی چاہیئے۔ اگر اس طرح ولادت کرانے میں ناکامی ہو تو پھر واحد چارہ کار پرفوریشن (ثقب) ہے۔

321 چہرہ ہمیشہ بہت متورم ہو جاتا ہے، اور بسا اوقات معتد بہ کوفتگی اور زیر جلدی ہیمرج (نزف) موجود ہوتا ہے۔ ہونٹ، آنکھیں، اور گال خاص طور پر سوجے ہوئے اور تنے ہوئے ہوتے ہیں، اور بچہ بدشکل ہوتا ہے، لہذا جہاں تک ہو سکے اسے ماں کو جلد نہیں دکھانا چاہیئے۔ مزید براں نتھنوں، زبان، اور ہونٹوں کا ورم تنفس میں مداخلت کرتا ہے، اس لئے ایک دو دن تک بچہ کی باحتیاط نگہداشت کرنی چاہیئے، مبادا اختناق واقع ہو جائے (تصویر ۱۰۸)۔

برو پریزنٹیشن (=BROW PRESENTATION جبینی تطریق)

ایک شاذ واقعہ یہ ہے کہ سر بسط شدگی اور خم شدگی کے بین بین برم (لگر) میں داخل ہونے کی کوشش کرتا ہے، اس طرح کہ برو (جبین) کا کوئی حصہ تطریق کرتا ہو۔ بجسنز



تصویر ۱۰۰۸۔ چہرہ کا منظر فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق) کی ولادت کے بعد۔

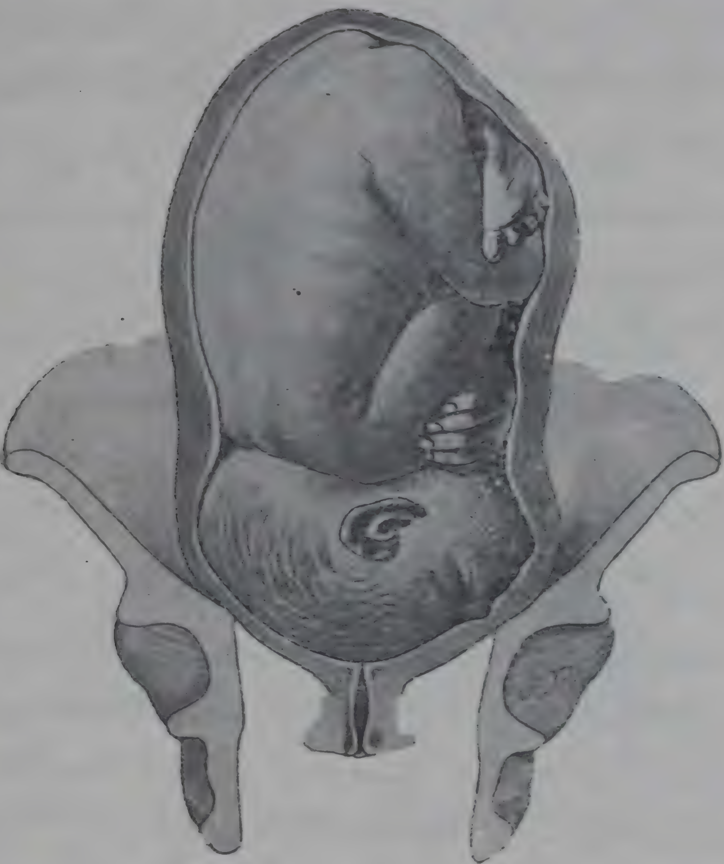
شاذ الوقوع اولی وجہی مثالوں کے تمام پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) کو اس مرحلہ میں سے گزرنا پڑتا ہے، لیکن یہ ایک سرکی ناپائیدار وضع ہے، اور بہت کم پریزنٹیشنز (تطریقات) ہیں جو وضع الحمل شروع ہو جانے کے بعد بھی اس حالت پر قائم رہتی ہیں۔ فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) کی طرح اس کے عام ترین اسباب کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) اور رحمی ترچھاپن ہیں، لیکن ہو سکتا ہے کہ وہ تمام اسباب جو کہ میلپریزنٹیشن (=mal-presentation تطریق ناقص) کے لئے مساعد بیان کئے گئے ہیں کارفرما ہوں۔

خوش قسمتی سے مواظب برو پریزنٹیشن (جبینی تطریق) شاذ ہے، یعنی ۰۰۰ ۱ تا ۰۰ ۵ ۱ واقعات میں اس کی صرف ایک مثال ملتی ہے۔ اس میں سر اس طرح پڑا ہوتا ہے کہ اس کا طویل ترین یعنی ورٹیکو منٹل (vertico-mental = قمی ذقنی) قطر ($5\frac{1}{2}$ انچ کا) پیلوس (حوض) کے وار پار ہوتا ہے، اور اگر یہ پریزنٹیشن (تطریق) قائم رہے، تو ایک متوسط الجسامت سر کا ایک متوسط الجسامت پیلوس (حوض) میں سے گزرنا ناممکن ہوتا ہے (تصویر ۱۰۹)۔

بَرو (جبین) کی وضعات میں کوئی امتیاز قائم نہیں کیا جاتا۔ بعض اوقات
322 پیشانی کو نسب نما قرار دے کر، پہلی یا چپ فرانٹو انٹیریر (fronto-anterior= جبینی مقدمی)، دوسری یا راست فرانٹو انٹیریر (fronto-anterior = جبینی مقدمی)، تیسری یا راست فرانٹو پوسٹیریر (fronto-posterior = جبینی عقبی)، اور چوتھی یا چپ فرانٹو پوسٹیریر (fronto-posterior = جبینی عقبی) وضع بیان کی جاتی ہے۔ اس قسم کے امتیازات کوئی اہمیت نہیں رکھتے۔

اس پریزنٹیشن (تطریق) میں یوں تو کوئی میکانیہ نہیں ہوتا، البتہ اگر بچے چھوٹے یا پری میچور (قبل از میعاد) ہوں، یا پیلوس (حوض) فراخ ہو، یا رحمی فعل زوردار ہو، تو ممکن ہے کہ سر تولد ہو جائے، علی الخصوص جب کہ فرانٹل (جبہی) ہڈیاں مقدم ہوں۔ سر پیلوس (حوض) میں، یعنی اس کا ورٹکس (قمہ) ایک دیوار پر اور چہرہ دوسری دیوار پر دھکیلا جاتا ہے۔ انتہائی مولڈنگ (انضیاغ) واقع ہوتا ہے، جس میں ورٹیکو منٹل (قمی ذقنی) قطر چھوٹا اور آکسیپٹو فرانٹل (قذالی جبہی) لانبا ہو جاتا ہے، اور پیشانی نمایاں طور پر آگے کو نکل آتی ہے، اور ورٹکس (قمہ) چپٹا ہو جاتا ہے (تصویر ۱۱۰)۔ سر اس انتہائی مولڈنگ (انضیاغ) کی حالت میں نازل ہوتا ہے۔ فرانٹل (جبہی) خطہ اندرونی تدویر کھا کر پیوبک آرچ (pubic arch = عانی محراب) کے نیچے چلا جاتا ہے، چہرہ سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کی پشت کے ساتھ لگ کر چپٹا ہو جاتا ہے، اور آکسیپٹل (occipital = قذالی) خطہ سکرل
323 (sacral = عجزی) گڑھے میں جا گزیں ہو جاتا ہے۔ ولوا (فرج) پر سب سے پہلے پیشانی ظاہر ہوتی ہے، ازاں بعد پرینیم (عجان) پر ورٹکس (قمہ) اور آکسیپٹ (قذال) ظاہر ہوتا ہے، اور پھر سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے پیچھے سے چہرہ نیچے پھسل آتا ہے، اس

حالت میں کہ اوٹ لیٹ (مخرج) میں مطول شدہ آکسیپٹو فرانٹل (قذالی جبینی) قطر جا گزیں ہوتا ہے۔ فرانٹو پوسٹیریر (fronto-posterior = جبینی عقبی) وضعوں میں ولادت اس سے



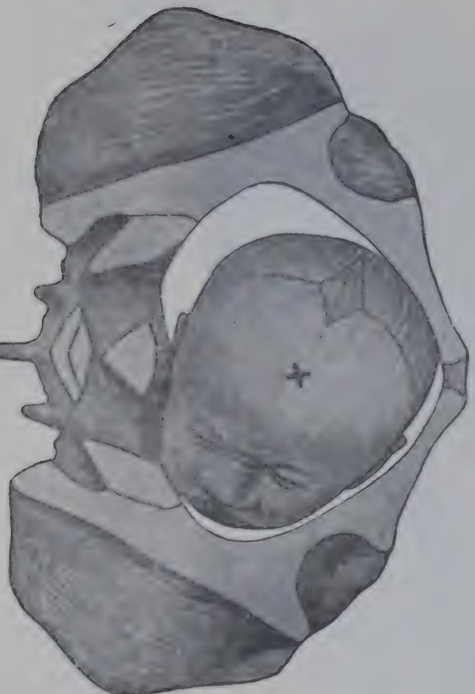
تصویر ۱۰۹- بروپریزنٹیشن (جبینی تطرق)۔
سر گگر میں ہے اور مرتبط نہیں ہے۔ سر کا ورٹیکومنٹل (قمی ذقنی) قطر برم (گگر) کے عرضی قطر میں مرتبط ہونے کی کوشش کر رہا ہے { تصویر ۸۰ ب سے مقابلہ کرو کہ جس میں مولڈنگ (انصیاغ) واقع ہو چکا ہے }۔

زیادہ مشکل ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ پیشانی آگے کو تدویر کر جائے اور وضع الحمل اسی طرح

انجام پذیر ہو جس طرح کہ اوپر بیان ہوا ہے۔ اگر سر چھوٹا اور نرم ہو، تو چہرہ پیچھے رہ کر ولادت ہو سکتی ہے۔ سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے پیچھے چہرہ بہت ہی چپٹا ہو جاتا ہے۔ ناک، منہ اور ٹھڈی باری باری سے پرینیم (عجان) کے اوپر سے کھسک آتے ہیں، اور ازاں بعد ورٹکس (قمہ) اور آکسیپٹ (قذال) بھی پیوبیز (عانی ہڈیوں) کے نیچے سے نکل آتے ہیں، اس حال میں کراوٹ لٹ (مخرج) کو ورٹیکومنٹل (قمی ذقنی) قطر ملتا ہے (دیکھو تصویر نمبر ۹۵ ب)۔



تصویر ۱۱۰۔ انصباغ بروپریزنٹیشن (جبینی تطریق) میں۔ ورٹیکومنٹل (قمی ذقنی) قطر کا تقصر اور آکسیپٹو فرانٹل (قذالی جبینی) قطر کی اطالت۔ پیشانی نمایاں طور پر آگے کو نکلی ہوئی ہے اور آکسیپٹ (قذال) اس سے کم درجہ تک پیچھے کو نکلا ہوا ہے، اور ورٹکس (قمہ) چپٹا ہو گیا ہے۔



تصویر ۱۱۱۔ بروپریزنٹیشن (جبینی تطریق)۔ ویجائنل (مہبلی) امتحان پر انگلی بالعموم فرانٹل سوچر (frontal suture= جبہی درز) کے وسط کو مس کرتی ہے کہ جہاں × کا نشان ہے۔ ایک سمت کو تعاقب کرنے پر مقدمی فانٹینل (یافوخ) شناخت ہوتا ہے۔ دوسری سمت تعاقب کرنے پر چہرہ پایا جاتا ہے۔

تشخیص

برو پریزنٹیشن (جبینی تطریق) میں شکمی امتحان بالعموم بہت کم مدد دیتا ہے۔ لائی (lie = افتاد) طولی معلوم ہوگی، سر پیلوک برم (حوضی گگر) پر اور غالباً بہت اوپر کو معلوم ہوگا،



تصویر ۱۱۲۔ وہ طریقہ جس سے برو پریزنٹیشن (جبینی تطریق) کو ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) میں بدلنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ اندرونی انگلیاں پیشانی کو اوپر دھکیلتی ہیں اور بیرونی انگلیاں آکسیپٹ (قذال) کو نیچے دھکیلتی ہیں۔

اور مرتبط نہیں ہوگا۔ سر کا طویل محور عرضی طور پر پڑا ہوا پایا جائے گا، اور شاید آکیسپٹ
324 (قذال) اور ٹھڈی دونوں کی شناخت کرنا ممکن ہو۔ پرویجائنم (per vaginum= براہِ
مہبل)، فرانٹل (جبہی) ہڈیاں شناخت کی جائیں گی۔ عام طور پر انگلی فرانٹل سوچر
(frontal suture= جبہی درز) کے وسط سے جا کر لگتی ہے اگر اس کے ساتھ ساتھ ایک
سمت میں چلے جائیں تو مقدم فانٹینل (یافوخ) تک، اور دوسری سمت میں چلے جائیں تو
ناک کی جڑ اور آربٹل رجز (orbital ridges= محجری حیود) تک پہنچ جاتے ہیں (تصویر ۱۱)۔

انذار

بچہ کے لئے انذار بُرا ہے، اور ولادت انجام دینے کے لئے جو اندرونی دست ورزی کی ضرورت ہوتی ہے اس کے پیش نظر ماں کے لئے سیپسس (sepsis= عفونت) اور تضرر کے خطرات قدرتاً زیادہ ہیں۔

علاج

یہ دریافت کرنے کے لئے کہ سر کی بسط شدگی پیدا کرنے والا سبب کونسا ہے، اور
خاص کر یہ فیصلہ کرنے کے لئے کہ آیا کسی معتد بہ حد تک پیلوک کانٹریکشن (حوضی انقباض)
موجود ہے یا نہیں، بغور تفتیش کرنی چاہیئے۔ ایسی غیر مساعد پریزنٹیشن (تطریق) میں کہ جیسی
325 کہ برو پریزنٹیشن (جبینی تطریق) ہوتی ہے، اگر ادنیٰ درجہ کا پیلوک کانٹریکشن (حوضی
انقباض) بھی موجود ہو، تو سیسیرین سیکشن (Cæsarian section= قیصری شگاف)،
ترجیحاً لوئر سیگمنٹ آپریشن (lower segment operation= قطعہ اسفل کا عملیہ)
ایک حق بجانب طریق علاج قرار پاتا ہے، بشرطیکہ بچہ زندہ ہو اور باقی حالات موافق ہوں۔

اگر نمایاں درجہ کا رحمی ترچھاپن موجود ہو تو اس کو درست کر دینا چاہیئے۔

اگر سر مرتبط نہیں ہوا ہے اور پیلوس (حوض) حد سے زیادہ نمایاں طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) نہیں ہے، تو بہترین علاج ورشن (version= گردش) اور

ایک پاؤں کو نیچے لانا ہے۔ یہ شاذ ہوتا ہے کہ مذکورہ بالا حالت اغشیہ کے مشقوق ہونے سے قبل بالیقین شناخت ہو جائے، لیکن اگر شناخت ہو جائے تو بائی پولر ورشن (bipolar version = قطبینی گردش) عمل میں لانی چاہیئے۔ اکثر مثالوں میں اغشیہ جلد ہی مشقوق



تصویر ۱۱۴۔ وہ طریقہ جس سے برو پریزنٹیشن (جبینی تظریق) کو فیس پریزنٹیشن (وجہی تظریق) میں بدلنے کی کوشش کی جاتی ہے۔

پورا ہاتھ ویجائنا (مہبل) میں داخل کر دیا جاتا ہے اور انگلی کو منہ میں ڈالکر چہرہ کو نیچے لایا جاتا ہے، جبکہ ساتھ ہی ساتھ پیشانی اور ورٹکس (قمہ) کو انگوٹھے کے ذریعہ اوپر دھکیلا جاتا ہے۔ جب چہرہ ایک مرتبہ نیچے آجاتا ہے تو انگلی کو ٹھوڈی کی نوک پر رکھ دیا جاتا ہے اور اس سے ہک (hook = خطاف) کا کام لے کر ٹھوڈی کو نیچے کھینچ لیا جاتا ہے۔

ہوجاتے ہیں ان میں اگر پریزنٹنگ (تظریقی) حصہ نازل نہ ہوا ہو تو این ایستھیٹک (معدم حس) کے زیر اثر بغور تفتیش کرنی چاہیئے، اور ضرورت پڑے تو ویجائنا (مہبل) میں سارا ہاتھ ڈال دینا چاہیئے۔ جوں ہی کہ تشخیص طے ہوجائے، آس (فم) کی اس حد تک توسیع کرنی چاہیئے کہ انٹرنل ورشن (اندرونی گردش) عمل میں لانا ممکن ہوجائے۔

سر کے مرتبط ہوجانے کے بعد رحم کو این استھیٹک (معدم حس) کے زیر اثر اس حد تک مرتخی کرنا چاہیئے کہ انشقاق کا خطرہ ہوئے بغیر سر کو اوپر دھکیلا جاسکے اور ورشن (گردش) عمل میں لائی جاسکے۔ اگر یہ ممکن نہ ہو تو بروپریزن ٹیشن (جبینی تظریق) کو ورٹکس (قمی) یا وجہی میں تبدیل کرنے کی اس طرح کوشش کرنی چاہیئے کہ پیشانی یا آکسیپٹ (قذال) کو اوپر دھکیلنا چاہیئے (تصویر ۱۱۲)۔ اول الذکر مرجح ہے، لیکن بالعموم پریزنٹیشن (تظریق) کو وجہی میں تبدیل کرنا زیادہ آسان ہوتا ہے اس لئے کہ آکسیپٹ (قذال) کو اوپر دھکیل چکنے کے بعد انگلی کو منہ کے اندر ڈالا جاسکتا ہے اور اس سے ہک (hook= خطاف) کا کام لیکر ٹھڈی کو نیچے کھینچ لیا جاسکتا ہے (تصویر ۱۱۳)۔ ٹھڈی کی عقبی وضع ہو جانا ایک ایسی تبدیلی ہے کہ یہ بھی ولادت کو پیچیدہ کردیتی ہے، اس لئے تاوقتیکہ ٹھڈی کو سامنے کی جانب نہ لایا جاسکے فیس پریزنٹیشن (وجہی تظریق) میں تبدیل کرنے کی کوشش کرنا خلاف مصلحت ہے۔ اگر مینٹو پوسٹیریر (ذقنی عقبی) وضع ظہور پذیر ہو تو اس کا وہی انصرام کرنا چاہیئے، جو فیس پریزنٹیشن (وجہی تظریق) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (صفحہ 320)۔ اگر تبدیل کرنے میں ناکامی ہو جیسا کہ بسا اوقات ہوتی ہے، تو آئندہ کارروائی اس امر پر منحصر ہوگی کہ سر کی وضع کیا ہے۔ اگر سر گگر (برم) سے اوپر ہو اور جنین زندہ ہو تو مساعد حالات میں ایک لوئر سیگمنٹ سیسرین سیکشن (قطعہ اسفل کا شگاف قیصری) کرنا جائز ہوگا۔ اس کے خلاف صورت میں، غالباً واحد چارہ کار پرفوریشن (perforation= ثقب) ہوگا۔ اگر سر پیلوس (حوض) کے کہفہ میں رک گیا ہے، تو غالباً اس کی جسامت چھوٹی ہوگی، اور ممکن ہے کچھ امداد سے ایک زندہ بچہ تولد ہوجائے۔ جتنی دیر 326

ہو سکے سر کو اپنے حال پر چھوڑ دینا چاہیئے تاکہ انتہائی مولڈنگ (انضیاغ) واقع ہو جائے، اور قدرتی قوتوں کو موقع مل سکے کہ وہ زیادہ سے زیادہ اپنا کام کر سکیں۔ جب ماں یا بچہ کو ایسی علامات ہوں کہ جو ولادت کرانے کی متقاضی ہوں تو فارسیپز (کلاب) آزمانا چاہیئے، اور اگر یہ ناکام رہے تو کرینیو ٹومی (craniotomy = جمجمہ شگافی) کرنی چاہیئے۔ اگر یہ معلوم ہو جائے کہ بچہ مردہ ہے تو ولادت کے دوسرے طریقوں کو آزمانا نہیں چاہیئے بلکہ فی الفور پرفوریشن (ثقب) عمل میں لانا چاہیئے۔

327

بابِ سی

ایب نارمل پریزینٹیشنز (ABNORMAL PRESENTATIONS = غیر طبعی تطریقات)

(گذشتہ سے پیوستہ)

بریچ پریزینٹیشنز (BREECH PRESENTATIONS = سرینی تطریقات)

بریچ (سرینی)، یا پیلوک پریزینٹیشنز (حوضی تطریقات)، جو چالیس وضع الحملوں میں تقریباً ایک مرتبہ پیش آتی ہیں، دو جماعتوں میں منقسم ہیں:—

ا۔ کمپلیٹ بریچ پریزینٹیشنز (مکمل سرینی تطریقات)، جبکہ سرین اس حالت میں تطریق کرتے ہیں کہ ٹانگیں اور رانیں خمیدہ ہوتی ہیں، اور پاؤں سرینوں کے پاس ہوتے ہیں (تصویر ۱۱۴)۔

۲۔ ان کمپلیٹ بریچ پریزینٹیشنز (نامکمل سرینی تطریقات)۔

328 (ا) جبکہ ٹانگیں بسط شدہ اور پاؤں کہیں شانوں کے قریب ہوتے ہیں (تصویر ۱۱۵)۔

(ب) نی پریزینٹیشنز (knee presentations = رکبی تطریقات)، جب کہ کوئی گھٹنا تطریق کرتا ہے۔

(ج) فوٹ لنگ پریزینٹیشنز (footling presentations = قدمی تطریقات)، جب کہ کوئی پاؤں تطریق کرتا ہے۔

سبب

میلپریزنٹیشنز (تطریقات ناقص) کے اسباب کے لئے دیکھو صفحہ 304 ۔



تصویر ۱۱۴ ۔ کمپلیٹ بریچ پریزنٹیشن (مکمل سرینی تطریق) ۔ عمومی خمیدگی کا انداز

کئی مثالوں میں اس امر کی توجیہہ کرنا ناممکن ہوتا ہے کہ سر کی بجائے بریچ (سرین) کیوں تطریق کرتی ہے ۔

وہ حالات کہ جو میلپریزنٹیشنز (تطریقات ناقص) کی بجائے بریچ پریزنٹیشنز (سرینی تطریقات) واقع کرنے کا خاص طور پر امکان رکھتے ہیں، یہ ہیں ۔

۔ **بچہ کا پری میچور (premature= قبل از میعاد) ہوتا**۔ پری میچور (قبل از میعاد) بچہ کا سر، ایک کامل المیعاد بچہ کے سر سے نسبتہً بڑا ہوتا ہے، اور رحم کے بڑے سرے یعنی فنڈس (قعر) میں اُس کے جاگزین ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔

ہائڈروسیفالس (hydrocephalous= استسقاء الدماغ) ۔سر بڑا ہوتا ہے، اور رحم کے بڑے سرے میں جاگزین ہوتا ہے۔

توأموں میں کا دوسرا بچہ۔



تصویر ۱۱۵ ۔ ان کمپلیٹ بریچ (غیر مکمل سرین) ۔بسط شدہ ٹانگیں۔

بریچ پریزنٹیشنز (سرینی تطریقات) میں انذار

اکثروہ بچے جو بریچ (سرینوں) کے بل تطریق کرتے ہیں، چھوٹے ہوتے ہیں۔ اگر بچہ کامل الجسامت ہو تو ورٹکس پریزینٹیشنز (قمی تطریق) کی بہ نسبت بریچ پریزنٹیشن (سرینی تطریق) میں وضع الحمل کے زیادہ طویل المدت ہونے کا احتمال ہے، خاص طور پر پرمی پیرا (اولین ولادت عورتوں) کے دوسرے مرحلہ میں۔ چونکہ لوئر یوٹرائن سگمنٹ (lower uterine segment= زیرین قطعہ رحمی) میں بریچ (سرین) اس خوبی سے نہیں بیٹھتی کہ جس خوبی سے سر بیٹھتا ہے اسلئے اغشیہ کے قبل از وقت مشقوق ہو جانے کا اور پہلا درجہ اطالت پذیر ہو جانے کا احتمال ہے۔

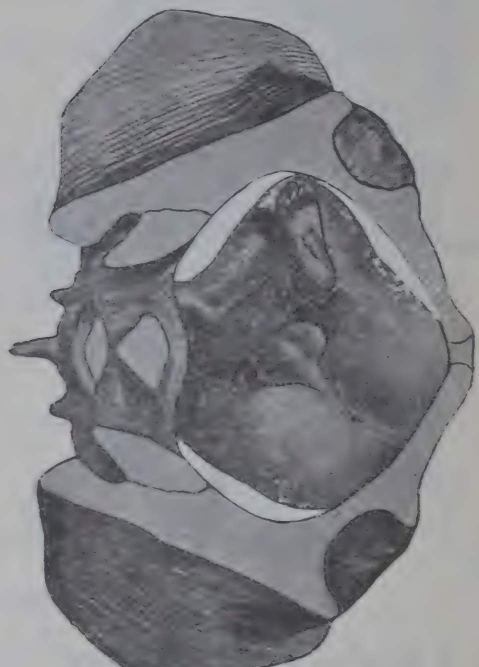
غیر پیچیدہ بریچ پریزنٹیشنز (سرینی تطریقات) میں ماں کے لئے کوئی خاص خطرہ نہیں ہوتا۔ لیکن اگر بسط شدہ بازوؤں کو نیچے لانے کے لئے معالج کو اپنا ہاتھ داخل کرنا پڑے، تو پرمی پیرا (اولین ولادت عورت) میں پرینیم (عجان) کے انشقاق کا اندیشہ ہوتا ہے، اور اندرونی دست ورزی سے سیپسس (عفونت) کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ اگر ایک نامکمل طور پر کھلے ہوئے آس (فم) کے راستہ سر کی سرعت سے ولادت کرائی جائے، تو ممکن ہے سروکس (عنق) پھٹ جائے۔ بازوؤں کی بسط شدگی اور پس آئند سر کی تاخیر پذیر ولادت کی وجہ بسا اوقات یہ ہوتی ہے کہ معالج غیر ضروری مداخلت کرتا ہے۔

تاہم، بچہ کے لئے جو خطرہ ہوتا ہے وہ ورٹکس پریزینٹیشن (قمی تطریق) کی بہ نسبت بریچ پریزنٹیشن (سرینی تطریق) میں کہیں زیادہ ہوتا ہے، اور کامل المیعاد بچوں کی شرح اموات ۱۰ میں ایک ہوتی ہے۔

ان بچوں میں جو بریچ (سرین) کے بل تولد ہوتے ہیں، مردہ ولادت کے چار خاص اسباب ہوتے ہیں۔

۱۔ آفٹر کمنگ (after-coming= پس آئند) سر کا امبلائکل کارڈ (حبل سری) پر دباؤ پڑنا۔ ورٹکس پریزینٹیشنز (قمی تطریقات) میں بچہ کا سب سے زیادہ سخت اور سب سے زیادہ بڑا حصہ یعنی سر سب سے پہلے آتا ہے اور گذرگاہ کو خوب کشادہ

کر دیتا ہے ۔۔ بچہ کا نسبتۃً نرم اور چھوٹا دھڑ بالعموم سر کے بعد جلد ہی تولد ہو جاتا ہے' اور کارڈ (حبل) پر خطرناک دباؤ نہیں ڈالتا ۔ لیکن جب بریچ (سرین) پہلے آتی ہے تو ضرور ہے کہ امبلائکل کارڈ (سُری حبل) اور سر پیلویس (حوض) کے اندر بیک وقت موجود ہوں' اس صورت میں اگر سر جلد ہی تولد نہ ہو' تو کارڈ (حبل)' سر اور پیلوک (حوضی) ہڈیوں کے مابین آ کر بھنچ جاتا ہے اور اس کا دوران خون بند ہو جاتا ہے ۔ اگر یہ بھنچاؤ کئی منٹوں تک جاری رہے' تو بچہ اختناق کی وجہ سے مردہ تولد ہوگا ۔



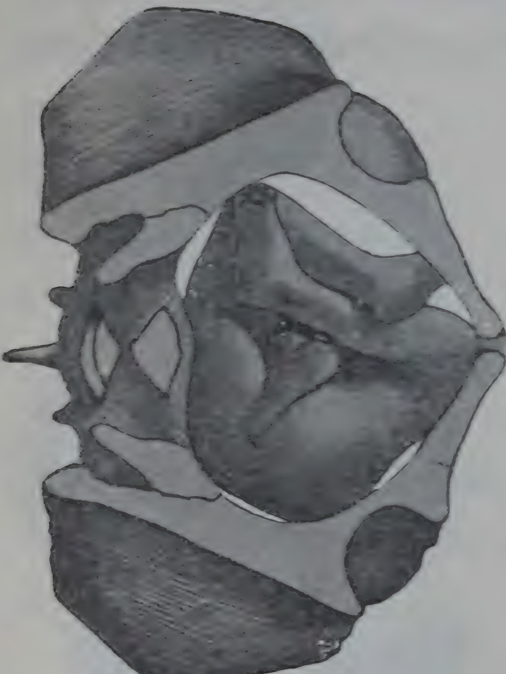
تصویر ۱۱۶ ۔ بریچ (سرینی) تطریق ۔ وضع اول
(L. S. A.)



تصویر ۱۱۷ ۔ بریچ (سرینی) تطریق ۔ وضع دوم
(R. S. A.)

۲ ۔ قبل از وقت شہیق ۔ سر پہلے آنے کی صورت میں تو بچہ اس وقت تک سانس نہیں لیتا جب تک کہ منہ اور ناک' ولوا (فرج) سے باہر نہیں ہو جاتے' لیکن سر آخر میں آنے کی

صورت میں جب بچہ کے دھڑ پر نسبتہً ٹھنڈی ہوا کا ہیج لگتا ہے، تو بچہ اس وقت شہیق کرتا ہے، جب کہ سر ابھی رحم یا ویجائنا (مہبل) ہی میں ہوتا ہے۔ بالخصوص سوقت جبکہ امبلائکل کارڈ (سری حبل) پر دباؤ پڑنے سے بچہ جزوی طور پر مخنوق ہو گیا ہو۔ اس کے بعد بچہ پھیپھڑوں میں لائکر امینائی (رحل) یا مخاط کھینچ لیتا ہے اور ڈوب جاتا ہے۔



تصویر ۱۱۹۔ بریچ (سرینی) تطریق وضع چہارم
(L. S. P.)



تصویر ۱۱۸۔ بریچ (سرینی) تطریق۔ وضع سوم
(R. S P.)

۳۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کی قبل از وقت علیحدگی۔ یہ اکثر تو واقع نہیں ہوتی لیکن گاہے گاہے رحم کی جسامت کے گھٹ جانے سے پلیسنٹا (مشیمہ)، آفٹر کمنگ (پس آئند) سر کے 331
تولد ہونے سے قبل ہی علیحدہ ہو جاتا ہے۔ اس صورت میں بچہ آکسیجن (oxygen) سے محروم ہو جاتا ہے، اور اگر اس کی جلد ولادت نہ کرائی جائے، تو مخنوق ہو جاتا ہے۔

۴۔ دماغی تضرر ۔ چونکہ آفٹر کمنگ (پس آئند) ہیڈ پیلوک (حوضی) قنال میں سے بسرعت گذرتا ہے لہذا اوردون جمجمی ہیمریج (نزف) اس سے نسبتۂ زیادہ عام ہے کہ جتنا ایک فورکمنگ (پیش آئند) سر کی صورت میں ہوتا ہے جو کہ زیادہ آہستہ گذرتا ہے اور زیادہ تدریجی طور پر انصیاغ پاتا ہے۔ بریچ (سرینی) ولادتوں میں اگرچہ مولڈنگ (انصیاغ) کم ہوتا ہے تاہم سر پر بوجھ زیادہ سرعت کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور جمجمی فاصلات پر ایک توڑ دینے والا بار پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہے، چنانچہ فیلکس (falx = منجل) اور ٹنٹوریم سیریبیلائی (tentorium cerebelli = خیمۃ الدماغ) اور بالخصوص فیلکس (منجل) اس جگہ پر جہاں یہ ٹنٹوریم (خیمہ) کے ساتھ ملا ہوا ہے، اس بار کے تحت ٹوٹ جانے کا امکان رکھتے ہیں۔ نیز فیلکس (منجل) کے کسے جانے سے شائد اس کے کنارے کی وریدوں میں خون کا بہاؤ رک جاتا ہے جس سے جالینوس (Galen) کی وریدیں مشقوق ہو جاتی ہیں۔ ہالینڈ (Holland) نے بریچ (سرینی) ولادت سے مردہ پیدا ہوئے جنینوں میں ۵۷ فی صدی میں فاصلات پھٹے ہوئے پائے۔ اکثر میں سب ڈیورل ہیمریج (subdural hæmorrhage = زیر جافی نزف) بھی موجود تھا۔

ممکن ہے کہ بچہ کو تخریج کے دوران میں مختلف تضررات بھی ہوں جیسا کہ آگے چلکر بیان کیا جائے گا (دیکھو صفحہ 598)۔

بریچ (سرینوں) کی وضعات ۔ بریچ (سرینوں) کی چار وضعات یہ ہیں:۔

۱۔ چپ سیکرو انٹیریر (sacro-anterior = عجزی مقدمی) (L. S. A.)۔
اس میں سیکرم (عجز) کا رُخ بائیں جانب اور سامنے کو ہوتا ہے ۔ بس الیک (bisiliac = حرقفینی) قطر قریب قریب پیلوس (حوض) کے بائیں ترچھے قطر میں ہوتا ہے (تصویر ۱۱۶)۔

۲۔ راست سیکرو انٹیریر (sacro- anterior = عجزی مقدمی) (R. S. A.)۔
سیکرم (عجز) کا رُخ دائیں طرف اور سامنے کو ہوتا ہے۔ بس الیک (حرقفینی) قطر قریب قریب پیلوس (حوض) کے داہنے ترچھے قطر میں ہوتا ہے (تصویر ۱۱۷)۔

۳۔ راست سیکرو پوسٹیریر (sacro-posterior = عجزی عقبی) (R. S. P.)۔
سیکرم (عجز) کا رخ دائیں طرف اور پیچھے کو ہوتا ہے۔ بس الیک (حرقفینی) قطر قریب قریب

پلویس (حوض) کے بائیں ترچھے قطر میں، ہوتا ہے (تصویر ۱۱۸)۔

۴۔ چپ سیکرو پوسٹیریر (sacro-posterior = عجزی عقبی) (L. S. P.)۔ سیکرم (عجز) کا رخ بائیں طرف اور پیچھے کو ہوتا ہے۔ بس الیک (حرقفینی) قطر قریب قریب پیلویس (حوض) کے داہنے ترچھے قطر میں ہوتا ہے (تصویر ۱۱۹)۔

پہلی وضع تو عام ترین ہوتی ہے، ٹھیک اسی طرح جس طرح کہ یہ ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تطریقات) میں ہوتی ہے، اور رحمائل وجوہ کی بنا پر بچہ یوٹرائن کیویٹی (uterine cavity = رحمی کہفہ) کی شکل سے خود کو بدرجۂ اتم اس طرح متوافق کرتا ہے کہ اس کی پشت بائیں طرف اور سامنے ہوتی ہے۔

تشخیص - وضع اول (L. S. A.)

شکمی امتحان۔ اگر ٹانگیں بسط شدہ نہ ہوں، تو رحم کا فنڈس (قعر) اکی بہ نسبت جتنا کہ یہ ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تطریقات) میں ہوتا ہے زیادہ تنگ ہوگا، اور رحم کا زیرین حصہ زیادہ چوڑا ہوگا۔ سر جو کہ سخت گول مول، اور ہموار ہوگا فنڈس (قعر) میں محسوس ہوگا۔ اس کو دھڑ پر کچھ کچھ ہلایا جاسکتا ہے، غالباً مقدمی شانہ محسوس کیا جاسکتا ہے اور اس کے نزدیک کوئی اتنا چھوٹا عضو شناخت نہیں ہوسکتا جو گھٹنے یا پاؤں کے متناظر ہو حالانکہ جب فنڈس (قعر) میں بریچ (سرین) جاگزیں ہوتی ہے تو ایسا عضو بالعموم بڑے تودے کے پاس محسوس ہوتا ہے۔ پشت بائیں طرف اور سامنے محسوس ہوگی، اور بریچ (سرین) نیچے محسوس ہوگی۔ اگر بریچ (سرین) برم (کگر) پہ ہے تو جنینی قلب اس سے بلند تر مقام پر سنائی دے گا جس پر کہ یہ ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تطریقات) میں سنائی دیتا ہے، بالعموم یہ امبلائکس (ناف) کے لیول پر، اور اس سے کسی قدر بائیں جانب کو سنائی دیتا ہے۔ بریچ پریزنٹیشن (سرینی تطریق) کی صورت میں جنینی قلب اس سے بلند تر مقام پر کیوں سنا جاتا ہے جس پر کہ ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) میں سنا جاتا ہے، اس کی وجہ یہ ہے کہ وضع الحمل کے آغاز میں بریچ (سرین)

بالعموم حوض کی برم (کگر) کے اندر نہیں بلکہ اوپر بیٹھی ہوتی ہے۔ آغاز وضع الحمل سے قبل ٹانگوں کے بسط شدہ ہونے کی شاذ صورت میں، ممکن ہے قلب اس سے زیادہ نیچے سنائی دے، کیونکہ ان کمپلیٹ بریچ (ناکمل سرین)، کمپلیٹ بریچ (مکمل سرینوں) سے چھوٹی ہوتی ہے اور برم (کگر) میں زیادہ نیچے اترنے کی قابلیت رکھتی ہے۔

وجائنل (مہبلی) امتحان۔ انشقاق اغشیہ سے قبل، ویجائنل (مہبلی) امتحان کے ذریعہ تشخیص کرنا دشوار ہوتا ہے۔ بریچ (سرین)، برم (کگر) میں اتنی جلد نہیں مرتبط ہوتی یعنی جلد کہ ورٹکس (قمہ) مرتبط ہو جاتا ہے، اس وجہ سے پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ وضع الحمل کے شروع میں بہت بلندی پر ہوتا ہے۔ گول مول سرین اور ان کے درمیان کی درز سیکرم (عجز) کے فرازات، اور بعض اوقات ایک پاؤں یا دونوں پاؤں محسوس ہوتے ہیں اغشیہ کی تھیلی کے مطولہ شکل میں نکل آنے کا احتمال ہوتا ہے، کیونکہ لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیرین قطعہ رحمی)، بریچ (سرینوں) کے ذریعہ اس خوبی سے نہیں بھرتا جس خوبی سے کہ یہ ورٹکس (قمہ) سے بھرتا ہے۔ اغشیہ کے انشقاق کے بعد، نرم نرم بریچ (سرین)، اعضاء تناسل، میرز، اور کنج ران کی شکن محسوس ہوتی ہے، اور تین عظمی مقامات یعنی اسکیا (ischia= عظام الورک) کی دونوں ٹیوبراسٹیز (tuberosities= حدبیے) اور کاکسکس (coccyx= عصعص) تمیز کئے جاسکتے ہیں۔ سیکرم (sacrum= عجز) بائیں طرف اور سامنے محسوس ہوتا ہے، اور اعضاء تناسل اور پاؤں، داہنی طرف اور پیچھے محسوس ہوتے ہیں۔

بعض اوقات بریچ (سرینوں) پر چہرہ کا اشتباہ ہوتا ہے۔ تاہم میرز کی منہ سے تفریق حسب ذیل امور کی بنا پر کیجا سکتی ہے۔ میرز انگلی کو بھینچ لیتا ہے، اس میں مسوڑے بالکل محسوس نہیں ہوتے، اور انگلی میکونیم (meconium= عقی) سے آلودہ ہو جاتی ہے، نیز، ناک سوپرا آربٹل رجز (supra-orbital ridges= برمحجری حیود)، اور ٹھڈی مفقود ہوتی ہے۔

بریچ (سرین) کو چہرہ سے خلط ملط کرنا تو ایک روایتی غلطی ہے، لیکن اس سے زیادہ اس غلطی کا امکان ہے کہ پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ کو بریچ (سرین) تشخیص کیا جائے درحالیکہ وہ حقیقت میں شانہ ہو۔ اگر شانہ متورم ہو تو یہ غلطی آسانی سے ہوسکتی ہے،

لیکن شانہ میں باقاعدہ جستجو کی جائے تو بغل پائی جائے گی، اور سب سے زیادہ اہم اور سب سے زیادہ آسانی کے ساتھ شناخت ہو سکنے والی چیز، یعنی پسلیاں معلوم ہوں گی۔
اگر ٹانگیں بسط شدہ ہوں، اور سیکرم (عجز) کو ایک چھوٹے سے آس (فم) کی راہ محسوس کیا جائے، تو شوکہ کے خمیدہ ہونے کی وجہ سے بعض اوقات سیکرم (عجز) پر سر کا



تصویر ۱۲۰۔ بریچ (سرینوں) کی تیسری وضع میں جسم کی جانبی خمیدگی
مقدم (یعنی دایاں) سرین، پیوبک آرچ (عانی محراب) کے نیچے ہے، اور عقبی (بایاں) سرین پرینیم (عجان) کے اوپر سے نکل رہا ہے۔ بچہ کا سیکرم (عجز) بالکل ماں کی داہنے طرف کو رخ رکھتا ہے، اور جسم سمفرز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے گرد خمیدہ ہے۔ شانے پیلوس (حوض) کے اسی ترچھے قطر میں داخل ہو رہے ہیں کہ جس میں پہلے سرین جاگزیں تھے، چنانچہ جسم میں خفیف سا مروڑ ہے۔

دھوکا ہوتا ہے ۔ اگر اغشیہ مشقوق ہوں، تو سوچرز (درزوں)، فانٹنلیز (یافوخوں) اور بالوں کی عدم موجودگی اس غلطی کو ناممکن کر دیتی ہے ۔

333 گھٹنے کو کہنی سے بھی تفریق کرنا ضروری ہے ۔ اگر گھٹنا بہت بلندی پر ہو تو یہ تفریق ذرا مشکل ہوتی ہے ۔ کہنی کی نوک گھٹنے کی نی کیپ (knee-cap = چپنی) سے بہت زیادہ تیز ہوتی ہے ۔

پاؤں پر بسا اوقات ہاتھ کا دھوکا ہوتا ہے ۔ اکثر اوقات یہ دھوکا بے پروائی کا نتیجہ ہوتا ہے، یا اس امر کا نتیجہ ہوتا ہے کہ بعض نو آموزوں کو ایک غیر معمولی عادت ہوتی ہے کہ جب ان کی انگلی کسی غیر معمولی چیز سے لگتی ہے تو وہ اسے فی الفور پیچھے کھینچ لیتے ہیں ۔ اہم ترین نکات یہ ہیں کہ ہاتھ کا کوئی حصہ ایسا نہیں جس پر ایڑی کا دھوکا ہو سکے، ہاتھ کی انگلیاں پاؤں کی انگلیوں سے لمبی ہوتی ہیں، اور ہاتھ کے انگوٹھے کو ہتھیلی سے تبعید اور پھر اس سر خمیدہ کیا جا سکتا ہے، لیکن پاؤں کے انگوٹھے میں ایسی کسی حرکت کا امکان نہیں ہے ۔

چونکہ ویجائنل (مہبلی) امتحان کے ذریعہ جلد تشخیص کرنا دشوار ہے، لہذا طالب علم کو یہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ شکمی امتحان بغور کرنے کی بہت اہمیت ہے ۔

میکانیہ

میکانیہ میں نزول کے علاوہ، ذیل کی حرکات شامل ہیں :—

۱۔ اندرونی تدویر ۲۔ جانبی خمیدگی ۳۔ بیرونی تدویر

وضع اول (L. S. A.)

334

دھڑ کی ولادت ۔

اندرونی تدویر ۔ جوں ہی کہ بریچ (سرین) نیچے اترتی ہے، بایاں سرین پیش پیش ہونے کے باعث، سب سے پہلے پیلوک فلور (حوضی فرش) کی مزاحمت سے دوچار ہوتا ہے، اور اسلئے اس مزاحمت سے دور تدویر کرتا ہوا پیوبک آرچ (عانی محراب) کے نیچے کی کھلی جگہ میں چلا جاتا ہے ۔ بس الیک (حرقفینی) قطر، جو پہلے پیلوس (حوض) کے بائیں ترچھے قطر میں ہوتا ہے، اب بش لیپی قطر میں آکر جا گزیں ہو جاتا ہے ۔

جانبی خم شدگی ۔ بریچ (سرین) دھڑ پر اس طرح خم اور لسط نہیں ہو سکتی جس طرح کہ سر

ہو سکتا ہے، لیکن بچہ کو ایک منحنی پیلویک (حوضی) قنال کے ساتھ ساتھ چلنے کا موقع دینے کیلئے دھڑ میں جانبی خمیدگی پیدا ہوتی ہے ۔ مزید نزول سے سرین تولد ہوتے ہیں ۔ اگر پرینیم (عجان) سالم ہو تو مقدم یعنی بایاں سرین پہلے ظاہر ہوتا ہے، لیکن اگر پرینیم (عجان) ڈھیلا ہو یا چاک ہو گیا ہو تو دونوں سرین اکٹھے تولد ہوتے ہیں (تصویر ۱۲۰)۔

بیرونی تدویر ۔ جوں ہی کہ سرین نکلتے ہیں، شانے پیلوس (حوض) کے بائیں ترچھے قطر میں داخل ہو جاتے ہیں، اور سرین گھوم کر اس ترچھی وضع پر واپس آجاتے ہیں جس پر وہ ابتداء میں تھے ۔ یہ حرکت اس قدر نمایاں نہیں ہوتی کہ جتنی یہ ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تطریقات) میں ہوتی ہے (تصویر ۱۲۱) ۔

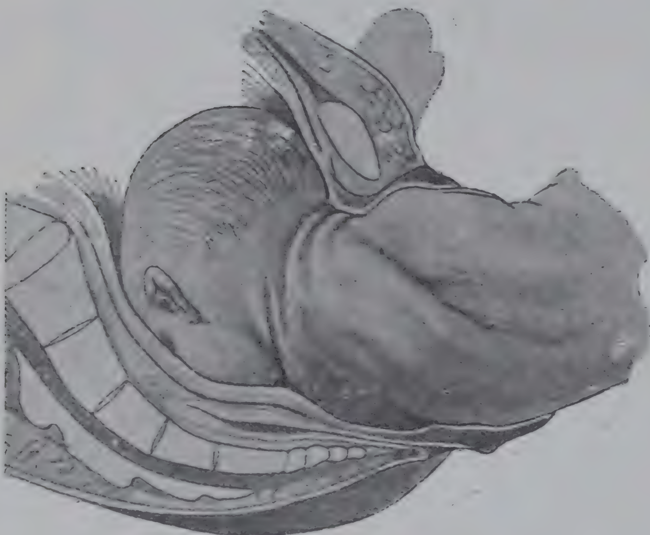
سرینوں کے بہت جلد بعد پاؤں بھی نکل آتے ہیں ۔

پھر شکم تولد ہوتا ہے ۔



تصویر ۱۲۱ ۔ بریچ (سرینوں) کی دوسری وضع میں شانوں کی تدویر ۔
مقدم شانہ پیوبک آرچ (محراب عانی) کے نیچے سے نکل رہا ہے، عقبی شانہ پرینیم (عجان) پر ہے اور جسم ہنوز جانبی خمیدگی کی حالت میں ہے ۔ آکسیپٹ (قذال) ماں کے داہنے طرف کو رُخ رکھتا ہے، چنانچہ سر دھڑ پر کسیقدر مروڑ کھائے ہوئے ہے ۔

جوں ہی کہ شانے نازل ہوتے ہیں، مقدم یعنی بایاں شانہ گھوم کر سامنے آجاتا ہے اور پھر سینہ اور شانے تولد ہوتے ہیں۔ سر کی ولادت ۔ اب پیلوس (حوض) میں سر داخل ہوتا ہے اس حال میں کہ یہ خوب خمیدہ ہوتا ہے اس کا سب آکسپٹو ورٹیکل (suboccipito-vertical= زیر قذالی قمی) قطر پیلوس (حوض) کے عرضی قطر اور داہنے ترچھے قطر کے درمیان ہوتا ہے اور آکسیپٹ (قذال) بائیں طرف اور سامنے ہوتا ہے۔ پھر چونکہ آکسیپٹ (قذال) سر کا سب سے زیادہ اُبھرا ہوا حصہ ہوتا ہے اس لئے یہ پیلوک فلور (pelvic floor=حوضی فرش) کی مزاحمت سے دور گھوم کر سامنے آجاتا ہے۔ سر خمیدہ تولد ہوتا ہے یعنی پہلے ٹھڈی اور چہرہ اور آخر میں آکسیپٹ (قذال) تولد ہوتا ہے (تصویر ۱۲۴)۔



تصویر ۱۲۴ ۔ بریچ (سرینوں) کی تیسری وضع میں آکسیپٹ (قذال) کا آگے کو تدویر کر جانا۔ مقدم شانہ تولد ہو چکا ہے اور عقبی شانہ پرینیم (عجان) پر ہے جسم کی جانبی خمیدگی ہنوز موجود ہے۔ پس آئندہ سر کی تدویر ہو رہی ہے کہ جس سے گردن کی گدی پیوبک آرچ (محراب عانی) کے نیچے آجائیگی اور آکسیپٹ (قذال) سمفزز (ارتفاق) کے پیچھے آجائے گا۔

آفٹر کمنگ (پیس آمند) سر جب ویجائنا (مہبل) میں آجاتا ہے تو یہ رحم کے اقتدار سے باہر ہوتا ہے، اس لئے اس کو شکمی عضلات اور پیلوک فلور (حوضی فرش) کے فعل سے خارج ہونا پڑتا ہے۔

دوسری وضع (R. S. A.)

دوسری وضع میں میکانیہ بعینہٖ وہی ہے جو کہ پہلی میں ہوتا ہے، بشرطیکہ اس بیان میں "بایاں" کی بجائے "داہنا" اور داہنا کی بجائے "بایاں" پڑھا جائے۔

تیسری (R. S. P) اور چوتھی (L. S. P.) وضع

یہاں دو مختلف میکانیے عمل میں آسکتے ہیں :-

۱۔ بریچ (سرینوں) کی تیسری اور چوتھی وضعات میں، سرینوں کی بیرونی تدویر بالعموم اسی سمت میں ہوتی ہے جس سمت میں کہ اندرونی تدویر واقع ہوتی ہے، کیونکہ پیلوس (حوض) کے جس ترچھے قطر میں بس الیک (حرقفینی) قطر داخل ہوا ہے شانے اس کے مخالف ترچھے قطر میں داخل ہوتے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ بچہ کے شوکہ کا تحدب ماں کے شوکہ کے تحدب سے دور گھوم جاتا ہے۔ اس میکانیہ سے آکسیپٹ (قذال) پیلوس (حوض) میں عرضی قطر سے ذرا آگے کی جانب داخل ہوتا ہے ٹھیک اسی طرح جس طرح یہ سکرو انٹیریر (عجزی مقدمی) وضعات میں داخل ہوتا ہے، اور پھر پیلوک فلور (حوضی فرش) کی مزاحمت سے دور گھوم کر سامنے کی کھلی جگہ میں چلا جاتا ہے۔

۲۔ اگر شانے پیلوس (حوض) کے اسی ترچھے قطر میں داخل ہوں جس ترچھے قطر میں بس الیک (حرقفینی) قطر داخل ہوا تھا، تو آکسیپٹ (قذال) پیلوس (حوض) میں عرضی قطر سے پیچھے داخل ہوتا ہے۔ لیکن اگر سر خوب خمیدہ ہو تو آکسیپٹ (قذال) اب بھی سر کا سب سے زیادہ ابھرا ہوا حصہ ہوگا، اور پیلوک فلور (حوضی فرش) کی مزاحمت سے دوچار



مڈل سیکس ہسپتال کے شعاعیاتی شعبہ سے لی گئی۔

تصویر ۱۲۳۔ ایک بریچ پریزنٹیشن (سرینی نظرتیق) کی سایہ نگاشت کہ جس میں ٹانگیں
بسط شدہ ہیں، اور حمل کا پینتیسواں ہفتہ ہے۔

۵۱

ہونے پر سامنے کی جانب کو گھوم جائے گا اور دائرہ کے ۳/۸ حصہ کے برابر طویل تدویر کرے گا۔ شاذ مثالوں میں، جن میں خمیدگی کم ہوتی ہے، آکسیپٹ (قذال) قلیل تدویر کر کے سیکرم (عجز) کے گڑھے میں چلا جائے گا۔

اُن بریچ (سرینی) مثالوں کا علاج جو حمل کے دوران میں معلوم ہوں۔

پرمی پیرس اولیں ولادت عورتوں) کے بریچ (سرینی) وضعات الحمل میں جنینی شرح اموات اس سے تقریباً چار گنا زیادہ ہے کہ جو ورٹکس (قمہ) کی پریزنٹیشنز (تطریقات) میں ہوتی ہے۔ جب کبھی حمل کے دوران میں بریچ پریزنٹیشن (سرینی تطریق) پائی جائے تو اکسٹرنل ورشن (external version = بیرونی گردش) عمل میں لانی چاہیئے۔ اس تبدیلی کی کوشش کرنے کا سب سے سازگار وقت میعاد سے تقریباً چھ ہفتہ قبل کا ہے، جبکہ لائکر ایمینائی (رحل) کے مقابلے میں جنین کی اتنی جسامت ہوتی ہے کہ وہ جنین کے باسانی حرکت کرنے کا موقع بہم پہنچاتی ہے اور جبکہ بریچ (سرین) ابھی پیلوس (حوض) میں دھنسی ہوئی نہیں ہوتی۔ تاہم یہ دیکھنے کے لئے کہ ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) قائم رہتی ہے، میعاد تک مشاہدہ جاری رکھنا چاہیئے۔ اگر بریچ (سرینوں) کی طرف رجعت ہو تو دوبارہ اکسٹرنل ورشن (بیرونی گردش) کرنی چاہیئے۔ اگر دقت پیش آئے، تو بریچ (سرینوں) کو آزاد کرنے کے لئے این اینستھیٹک (anæsthetic = معدم حس) دینے اور ٹرنڈلنبرگ (Trendelenburg) کی وضع رکھنے کی ضرورت ہوگی۔ غیر مساعد مثالیں وہ ہیں جن میں ٹانگیں بسط شدہ ہوں، یا جن میں بریچ (سرین) پیلوس (حوض) کی گہرائی میں دھنس گئی ہو۔ جو بریچ پریزنٹیشنز (سرینی تطریقات) میعاد سے چند ہفتہ پہلے معلوم ہو جاتی ہیں ان کی ایک خاص تعداد میں میعاد آنے سے قبل خود بخود ورشن (گردش) ہو جاتی ہے، لیکن بیرونی دست ورزی کے ذریعہ تبدیلی کی کوشش نہ کرنے کے لئے یہ کوئی وجہ نہیں ہے۔ اگر ورشن (گردش) میں ناکامی ہو تو میعاد سے تین ہفتہ قبل پری میچور (قبل از میعاد) وضع حمل کا امالہ کیا جا سکتا ہے کیونکہ اس سے ایک خردنر جنین کے زندہ رہنے کی توقع زیادہ ہو جاتی ہے۔

بریچ (سرینوں) کے پیش پیش ہونے کی صورت میں وضع الحمل کا انصرام۔

جب کوئی بریچ پریزنٹیشن (سرینی تطریق) تشخیص کی جائے تو نگران کار کو لازم

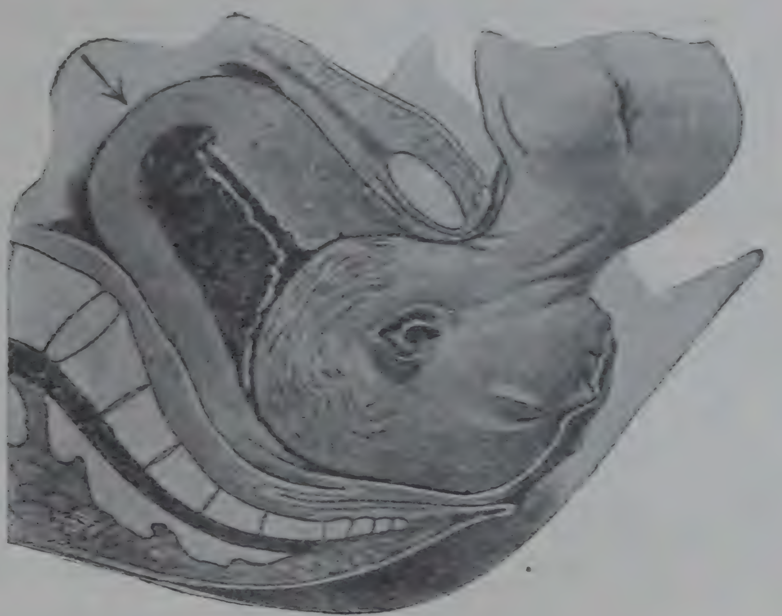
ہے کہ قبالتی فارسپز (کلاب) کو استعمال کے لئے تیار رکھے، اور ایسفکسیا نیونیٹورم (asphyxia neonatorum = اختناق نوزائیدہ) کے علاج کے لئے انتظامات کر رکھے۔

مرحلہ اول۔ اغشیہ کو اس وقت تک جب تک کہ آس (فم) پوری طرح کشادہ نہ ہو جائے غیر مشقوق رکھنے کی کوشش کرنی چاہیئے، یعنی مریضہ کو بستر پر لٹائے رکھنا چاہیئے، اسے کوئی حقنہ نہ دینا چاہیئے، اور ویجائنل (مہبلی) امتحان کرتے وقت اس بات کی احتیاط کرنی چاہیئے کہ اغشیہ مشقوق نہ ہو جائیں۔ برنیچ پریزنٹیشن (سرینی تطریق) میں سروکس (عنق) کا پورے طور پر کشادہ ہونا بہت اہمیت رکھتا ہے۔ برنیچ پریزنٹیشن (سرینی تطریق) میں ایک نقصان یہ ہے کہ سروکس (عنق) کی راہ سے فیٹل اووائڈ (fœtal ovoid = جنینی
338 بیضاویہ) کا نرم تر سرا، زیادہ بڑے اور سخت سرے سے پہلے آتا ہے۔ جب برنیچ (سرین) پیش پیش ہوتی ہے تو اغشیہ بہت جلد مشقوق ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، کیونکہ برنیچ (سرین) لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیرین قطعہ رحمی) میں ایسی ٹھیک ٹھیک نہیں بیٹھتی جیسا ٹھیک ٹھیک کہ سر بیٹھتا ہے۔ اگر اغشیہ بہت جلد مشقوق ہو جائیں تو برنیچ (سرین) آسانی سے اس حد تک اتساع کی تکمیل کر دیتی ہے کہ جو سرین، ٹانگیں، اور جسم کے بیچ میں کھسکنے کے لئے کافی ہو، لیکن بعض اوقات یہ اتساع، سر کے بآسانی گذر سکنے کے لئے کافی نہیں ہوتا، اور اگر برنیچ (سرین) ایک نامکمل طور پر متسع آس (فم) میں سے ہو کر آئے تو بازوؤں اور سر کے بسط ہو جانے کا احتمال ہے۔

مرحلہ دوم۔ جب اغشیہ شق ہوں تو ویجائنل (مہبلی) امتحان کرنا چاہیئے، کیونکہ ممکن ہے کارڈ (حبل) پرولیپسڈ (ساقط) ہو گیا ہو۔

جب تک کہ ممکن ہو ولادت کو قدرت پر چھوڑ دینا چاہیئے اور ٹریکشن (traction = جر) کو عمل میں نہ لانا چاہیئے۔ طالب علم کو یہ عادت ڈالنی پڑے گی کہ وہ غیر پیچیدہ اصابتوں میں پاس کھڑے رہنے سے زیادہ کچھ نہ کیا کرے۔ اگر ہر چیز بطریق احسن عمل میں آ رہی ہو، اور جنینی قلب میں تکلیف کی کوئی امارت نمودار نہ ہو تو طالب علم کو وضع حمل میں تعجیل نہ کرنی چاہیئے۔ جنین کو گھسیٹنے سے لازمی طور پر بازوؤں اور سر کی بسط شدگی پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ حادثہ ایسا ہے کہ ایک نہایت ہی بحرانی موقعہ پر اس سے مہلک تاخیر واقع

ہو سکتی ہے۔ طالب علم کے فاعلانہ فرائض اس وقت فوراً شروع ہوتے ہیں جس وقت کہ سرین ظاہر ہوتے ہیں۔ اس کو لازم ہے کہ سرینوں کو ایک عقیم تولئے سے ڈھانک دے تاکہ ٹھنڈی ہوا لگنے کی وجہ سے قبل از وقت تنفس واقع نہ ہو۔ جب پاؤں کھسک آئیں تو اسے یہ معلوم کرنے کے لئے معائنہ کرنا چاہیئے کہ بازو کہاں ہیں۔ بازو سینہ پر خم ہونے چاہئیں۔ اگر وہ خم نہ ہوں تو 339



تصویر ۱۲۴۔ آفٹر کمنگ (پس آئند) سر کی ولادت۔
گردن کی گدی سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے نیچے ہے اور ٹھڈی پرینیم (عجان) پر سے نکل رہی ہے۔ ولادت میں بچہ کی پشت کو ماں کے پیٹ کی طرف رکھکر اس کے جسم کو اوپر کو لیجایا جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی ساتھ شکم پر رکھا ہوا ہاتھ فنڈس (قعر) پر تیر کی سمت میں دباؤ ڈالتا ہے اور سر کے اخراج میں مدد دیتا ہے۔

بالکل وقت ضائع نہ کرنا چاہیئے بلکہ اس طرح جس طرح کہ صفحہ 343 پر بیان کیا گیا ہے ان کا

علاج عمل میں لانا چاہیئے ۔ اس کے بعد طالب علم کو چاہیئے کہ وہ امبلائکل کارڈ (سری حبل) کا ایک چنبر نیچے کھینچ لے، تاکہ وہ اس کے نبضان کو دیکھ کر یہ دریافت کر سکے کہ آیا ولادت میں تعجیل کی کوئی ضرورت ہے یا نہیں۔ جب شانے تولد ہو چکیں تو مریضہ کی ہمت افزائی کرنی چاہیئے کہ وہ سر کو خارج کرنے کے لیئے حزق کرے ۔ بچہ کے جسم کو سہارا دے کر آہستہ سے آگے کی طرف لیجانا چاہیئے، اور بائیں ہاتھ کے ذریعہ فنڈس (قعر) پر دباؤ ڈالکر سر کے اخراج میں امداد کرنا چاہیئے (تصویر ۱۲۴)۔

پرمی پیرا (قبل الولادت زچہ) میں پرینیم (عجان) کا انشقاق روکنے کی احتیاط کرنی چاہیئے۔ سر خاصی سرعت کے ساتھ تولد ہونا چاہیئے۔ اگر ممبرز سے پیچھے کو دونوں طرف دباؤ ڈالا جائے تو سر خوب آگے کی جانب رہیگا اور اس کے اخراج میں مدد حاصل ہوگی۔

بزیچ (سرینی) ولادت میں مشکلات

مرحلۂ اول ۔ انشقاق اغشیہ ۔ پہلے مرحلہ میں اغشیہ کا جلد مشقوق ہو جانا، سر کے تولد میں اس طرح دشواری کا موجب ہو جاتا ہے کہ اس سے بازوؤں اور سر کی بسط شدگی پیدا ہو جاتی ہے، خاص طور پر اس وقت جبکہ پاؤں پر ٹریکشن (جر) عمل میں لایا جائے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ دھڑ غیر مکمل طور پر کشادہ آس (فم) کی راہ سے خارج ہو سکتا ہے، اور چونکہ سروکس (عنق) کی کور دھڑ سے کس کر لپٹی ہوتی ہے ممکن ہے اس میں کہنیاں اٹک کر رہ جائیں اور بازو کھنچ کر اوپر کو سر کے پہلو میں چلے جائیں، اسی طرح یہ بھی ممکن ہے کہ سروکس (عنق) کی کور جمجمہ کے قاعدہ سے لپٹ جائے اور اسطرح سر کی بسط شدگی پیدا کردے۔

اگر اغشیہ جلد مشقوق ہو جائیں تو انسب یہ ہے کہ بزیچ (سرینوں) کو اتساع کی تکمیل کرنے کے لئے چھوڑ دینا چاہیئے۔ اگر عمدہ دردوں کے باوجود بزیچ (سرین) نازل نہ ہو تو اس کی وجہ صرف یہ ہو سکتی ہے کہ بزیچ (سرینوں) اور پیلویس (حوض) کے درمیان کوئی جسامت کی عدم مساوات ہوگی۔ علاج اس وقت تک ملتوی رکھنا چاہیئے جب تک کہ سروکس (عنق) تقریباً پورے طور پر منسح نہ ہو جائے۔ اگر پیلویس (حوض) کانٹریکٹڈ (منقبض)

ہو، تو سب سے بہتر یہ ہوگا کہ ایک ٹانگ کو نیچے لایا جائے ۔ اگر پیلوس (حوض) میں کوئی کانٹریکشن (انقباض) نہ ہو اور عدم نزول بچہ کی جسامت بڑی ہونے کا نتیجہ نظر آتا ہو، تو اس صورت میں بھی بہترین دستور العمل ٹانگ کا نیچے لانا ہی ہوگا، اس سے غرض یہ ہوتی ہے کہ زیادہ چھوٹا حصہ یعنی ہاف بریچ (half-breech = نیم سفل) اتساع کی تکمیل کردے۔ لیکن ایسا کرنے سے قبل محتاط تحقیقات کے ذریعہ اس کا اطمینان کر لینا چاہیے کہ تاخیر کا سبب رحمی فعل کی کمزوری تو نہیں ہے، کیونکہ تاخیر کا زیادہ کثیر الوقوع سبب رحمی فعل کی کمزوری ہوتا ہے۔ اگر ایسا ہو تو پریزنٹیشن (تطریق) سے کچھ تعرض نہ کرنا چاہیے۔ اگر پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ پیلوس (حوض) میں اتنی گہرائی تک نہ اتر چکا ہو تو ٹانگ نیچے لانے کے عوض میں چیمپیٹر ڈی ریبز (Champetier de Ribes) کے تھیلے کو استعمال کیا جا سکتا ہے (دیکھو صفحہ 705)۔ اگر کافی بڑا تھیلا استعمال کیا جائے تو اس میں یہ فائدہ ہے کہ زیادہ مکمل اتساع پیدا ہوتا ہے، اور جب سر اور بازو ایک نامکمل طور پر کشادہ آس (فم) میں سے گزرتے ہیں تو اس تھیلے کے ذریعہ ان کی بسط شدگی ہونے کا خطرہ گھٹ جاتا ہے۔

مرحلۂ دوم۔ سلگش یوٹرس (sluggish uterus = سستی رحم)۔ بریچ 340
(سرینوں) کے نزول میں تاخیر زیادہ کثرت سے اسوقت مداخلت کی متقاضی ہوتی ہے جب آس (فم) بریچ (سرینوں) پر سے اوپر کو بازکشیدہ ہو چکا ہوتا ہے، اور عام طور پر یہ تاخیر دردوں کی کمزوری کے باعث ہوتی ہے تاہم یہ ضروری ہے کہ ماں یا بچہ کے حق میں نہایت واضح داعیات موجود ہوں مداخلت کرنے کیلئے سب سے بڑے داعیات یہ ہیں: مرحلہ دوم کا طویل ہو جانا، لائکر ایمینائی (رطل) کا بہ کر نکل جانا، جنینی قلبی ضربات کا سست رفتار ہو جانا، اور امبلائکل کارڈ (حبل سری) کا پرولیپس (سقوط)۔

اوپر سے دھکیلنا اس سے بہتر ہے کہ نیچے سے دھکیلا جائے، لیکن اگر اس میں ناکامی ہو تو اس صورت میں متعدد چارۂ کار ہیں۔ جب زیادہ سے زیادہ ضرورت صرف اتنی ہو کہ دردوں کی تھوڑی سی امداد کی جائے، تو ایک انگلی ایک کنج ران میں یا دونوں ہاتھوں کی انگلیوں کو دونوں کنجہائے ران میں ڈالکر ٹریکشن (جر) کو عمل میں لانا کافی ہوگا۔ یہ فعل انگلیوں کو بہت تھکا دینے والا ہے اور اس سے زیادہ طاقت کام میں نہیں لائی جا سکتی، لیکن اگر اسے دردوں کے دوران میں عمل میں لایا جائے تو موثر ثابت ہوتا ہے بشرطیکہ

صرف خفیف سی اعانت کی ضرورت ہو۔ ایک فِلٹ (fillet = معصب) یعنی کوئی عقیم پٹی یا گاز کا رول (roll = لفیف) جو کنجھائے ران پر رکھا جاتا ہے آج کل بہت شاذ و نادر استعمال ہوتا ہے اور اس کو صحیح جگہ پر رکھنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ بریچ ہک (breech hook = سرینی خطاف) اگرچہ ایک نہایت ہی طاقتور آلہ ہے پھر بھی اس سے جنین کو ضرر پہنچنے کا اسقدر احتمال ہے کہ بجز مردہ بچوں کی صورت کے اسے استعمال نہیں کیا جاسکتا۔
پس اگر انگلیوں سے ٹریکشن (جرّ) کرنا بے اثر ثابت ہو اور بریچ (سرین) حد سے زیادہ نیچے نہ ہو، تو انسب یہ ہے کہ ایک ٹانگ نیچے لاکر اس کے ذریعہ ٹریکشن (جرّ) عمل میں لائیں۔ اگر اس (فم) پورے طور پر کشادہ ہے اور اگر پانی بہ کر رحم نے بچہ کو کس کر گرفت نہیں کر لیا، تو یہ کارروائی ماں کے لئے خطرناک نہیں ہوگی اور بچہ کے لئے جو خطرہ ہے اس میں اضافہ نہیں ہوگا۔ بعض لوگ بریچ (سرینوں) کو فارسپز (کلاب) لگانے کی بھی رائے دیتے ہیں، بلکہ اس کی مزاولت بھی کرتے ہیں، لیکن یہ کوئی ولادت کا تسلی بخش طریقہ نہیں اور ممکن ہے اس سے بچہ کو شدید تضرر پہنچ جائے۔

ٹانگوں کی بسط شدگی۔ یوٹرائن انرشیا (uterine inertia = رحمی جمود)

سے قطع نظر، بریچ (سرینوں) کے نزول میں تاخیر کی وجہ ٹانگوں کی بسط شدگی بھی ہوسکتی ہے۔ ٹانگوں کی بسط شدگی بالعموم اغشیہ کے مشقوق ہونے سے قبل بطور بچہ کے ایک غیر طبعی انداز کے موجود ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ کمپلیٹ بریچ (دونوں سرینوں) کے پیلوس (حوض) میں داخل ہونے میں دشواری ہو اور اس سے بسط شدگی پیدا ہو جائے۔
ٹانگوں کے بسط شدہ ہونے کا اثر بہت اختلاف پذیر ہے۔ کئی اصابتوں میں تو اس پیچیدگی سے کسی قسم کی شکایت پیدا نہیں ہوتی۔ بہت سی مثالیں ایسی ہوں گی کہ ان میں ٹانگیں بسط شدہ ہو کر بغیر تاخیر یا دشواری کے بریچ (سرینی) ولادت ہوگئی ہے۔ ایسا ہونا خاص طور پر پری میچور (قبل از میعاد) بچوں کی صورت میں عام ہے جو بریچ (سرینی) وضعات الحمل کی ایک معتدبہ تعداد میں پائے جاتے ہیں۔ اس کے خلاف ایک بڑے اور خوب نمو یافتہ بچہ کی صورت میں، ٹانگوں کی بسط شدگی نہایت تشویشناک و دشواری کا موجب ہوسکتی ہے۔ برم (کگر) پر بریچ (سرینوں) کو اس پیچیدگی کے باعث دیر لگ جانا ایک

شاذ بات ہے۔ اگر کوئی دیر ہو تو زیادہ اغلب یہ ہے کہ یہ پیلوس (حوض) کی جسامت چھوٹی ہونے یا بریچ (سرینوں) کی جسامت بڑی ہونے کا نتیجہ ہے نہ کہ ٹانگوں کی بسط شدگی کا۔ ٹانگیں جب دھڑ کے پہلو بہ پہلو پڑی ہوتی ہیں تو یہ جبیرات کا کام دیتی ہوئی اُسکی استواری 34
کو بڑھا دیتی ہیں، اور بالعموم دیر اس وقت ہوتی ہے جب جانبی خمیدگی کی ضرورت ہوتی ہے، یعنی جب بریچ (سرین) پیلوس (حوض) میں بہت نیچے تک پہنچ گئی ہو۔ استوار دھڑ



تصویر ۱۲۵۔ بریچ پریزنٹیشن (سرینی تطریق) اور بسط شدہ ٹانگیں۔ دھڑ کی جانبی خمیدگی نہ ہونے کی وجہ سے تقدم رک گیا ہے۔
بریچ پریزنٹیشن (سرینی تطریق) کمپلیٹ بریچ (دونوں سرینوں) سے اور سر سے چھوٹی ہے۔ یہ برم (کگر) میں بآسانی داخل ہو سکتی ہے مگر پیلوس (حوض) میں گہری داخل ہونے کے بعد اس لئے رک جاتی ہے کیونکہ تصویر ۱۲۱ میں بتائی ہوئی حرکت عمل میں نہیں آسکتی۔

ان لٹ (inlet = مدخل) کے محور میں داخل ہوتا ہے اور اس محور کے زیادہ سے زیادہ قریب رہنے کا رجحان رکھتا ہے، اس طرح کہ جب دھڑ کے زیرین حصہ کو بریچ (سرینوں) کی ولادت ممکن بنانے کے لئے سمفزز (ارتفاق) کے گرد خمیدہ ہونا پڑتا ہے تو اس وقت تقدم مشکل ہو جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ چھوٹے پری میچور (قبل از میعاد) بچوں میں، یہ استواری تاخیر واقع کرنے کے لئے ناکافی ہوتی ہے (تصویر ۱۲۵)۔

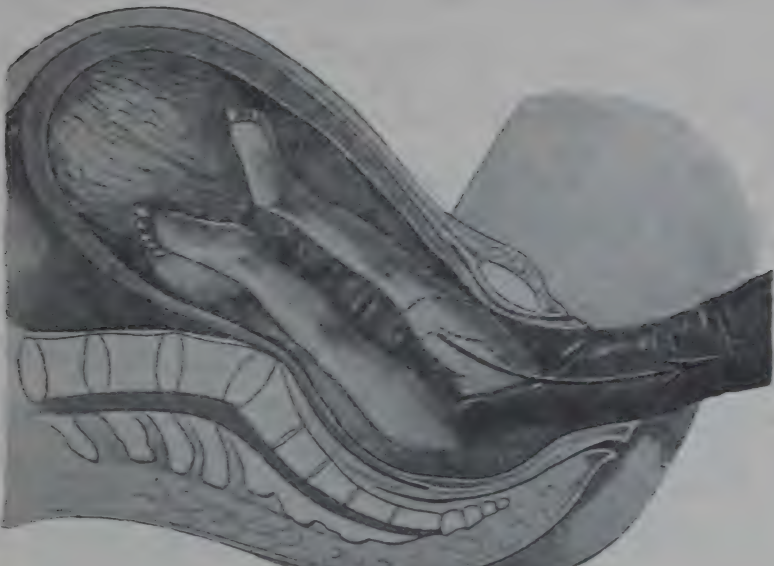
ٹانگوں کی بسط شدگی، ویجائنل (مہبلی) امتحان سے بآسانی شناخت ہو سکتی ہے اس طرح کہ پاؤں بریچ (سرینوں) کے پہلو بہ پہلو اپنے معمولی محل سے غائب نظر آتے ہیں۔ لہٰذا تاخیر کی ہر مثال میں اس نکتہ کا فیصلہ کرنے کے لئے تحقیقات کرنی چاہیے، اور اگر پاؤں اپنے معمولی محل سے غائب ہوں تو انگلیوں کو ران کی پشت کے ساتھ ساتھ اوپر کو لیجانا چاہیئے یہاں تک کہ گھٹنے کی پشت محسوس ہو جائے، اس سے تشخیص کی توثیق ہو جائیگی۔

ایسی مثالوں میں بہترین تدبیر یہ ہے کہ دستانہ پوش ہاتھ کے ذریعہ ویجائنا (مہبل) کو تانا جائے اور اس کی شکنیں مٹائی جائیں، پھر جونہی کہ سروکس (عنق) تین چوتھائی متسع ہو جائے، فوراً ایک ٹانگ کو نیچے لایا جائے۔ ٹانگ کو نیچے لانے کا طریقہ یہ ہے کہ انگلیو کے ذریعہ گھٹنے کے (اندرونی) خم میں۔ بچہ کے پیٹ اور پہلو کی جانب۔ دباؤ ڈالا جائے، یعنی 342
بچہ کے لحاظ سے پیچھے کی طرف اور باہر کی طرف، اور ساتھ ہی دوسرے ہاتھ سے پیٹ کو دبایا جائے۔ اس سے نی جائنٹ (knee-joint = رکبی مفصل) پر خمیدگی پیدا ہو جاتی ہے اور پھر انگلیوں کو ذرا اور اوپر گزارنے، ٹخنے کو پکڑنے اور پاؤں کو نیچے کھینچ لانے میں آسانی ہوتی ہے۔ یہ ضروری ہے کہ نیچے لائے جانے سے قبل ٹانگ خمیدہ ہو ورنہ فیمر (femur = فخذیہ) کے کسر کا خطرہ بہت ہی بڑھ جاتا ہے۔ نیچے لانے کے لئے دونوں ٹانگوں میں سے بہتر وہ ہے جو کہ متقدم ہے۔

بریچ (سرینوں) کا امپکشن (impaction = انغراز) پیلوک

کیویٹی (حوضی کہفہ) میں بریچ (سرینوں) کا امپکشن (انغراز) ٹانگوں کے

بسط شدہ ہونے کا نتیجہ ہو سکتا ہے ۔ دھڑ کی استواری اور کمری شوکہ کی خمیدگی جو کہ ٹانگوں کی بسط شدگی کا لازمہ ہے، بریچ (سرینوں) کا پیش پسی قطر بڑھا دیتی ہے، ممکن ہے اس سے



تصویر ۱۲۶ -

بریچ (سرینوں) کی سیکرو پوسٹیریر (عجزی عقبی) وضع اور بسط شدہ ٹانگوں کی صورت میں مقدم کنج ران کو جرّ کرنا ۔

بریچ (سرین) اسقدر گہرائی میں اتر چکی ہے کہ اس کو اتنا غیر مرتبط نہیں کیا جا سکتا کہ ایک ٹانگ نیچے لائی جا سکے، لہذا کنج ران میں انگلی رکھ کر ٹریکشن (جرّ) کی کوشش کیجاتی ہے ۔

بریچ (سرین) پیلوس (حوض) میں بطور فانہ ٹھس جائے خاص طور پر سیکرو پوسٹیریر (عجزی عقبی) وضعات میں ۔ ایسی مثالوں میں بریچ (سرین) اسقدر نیچے واقع ہوتی ہے کہ

بچہ کے سوجے ہوئے اعضائے تناسلی و لوا (فرج) پر بروز کر آتے ہیں اور اس کے باوجود بریچ (سرین)
عجان پر سے نکل نہیں سکتی، کیونکہ دھڑ کی استواری، سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے گرد جسم کی
وہ خمیدگی واقع نہیں ہونے دیتی جو کہ ولادت سے قبل طبعی طور پر واقع ہوتی ہے۔ ام پیکشن 343
(انغراز)، بچہ کی جسامت بڑی ہونے یا پیلوس (حوض) کی جسامت چھوٹی ہونے کا بھی نتیجہ
ہو سکتا ہے۔

ام پیکٹڈ بریچ (مغروز سرینوں) کا علاج ممکن ہے انتہا درجہ مشکل ہو۔ پہلی بات یہ ہے کہ مریضہ کو پوری طرح ایک این استھیٹک (معدم حس) کے زیر اثر کر لینا چاہیئے تاکہ زیادہ سے زیادہ ارتخاء جو ممکن ہو پیدا ہو سکے۔ شروع میں مارفیا (morphia) کا زیر جلدی اشراب کرنے سے مدد ملتی ہے۔ اس کے بعد بریچ (سرینوں) کو ڈِ ٹرائن کیویٹی (حوضی کہفہ) میں سے اوپر دھکیل کر باہر کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے، اور اگر یہ کامیاب ہو جائے تو متذکرہ صدر طریق سے ایک ٹانگ کو نیچے لانے کی کوشش کرنی چاہیئے اور اس طرح ام پیکیٹڈ (منغرزہ) فانہ کو زائل کر دینا چاہیئے۔ بعض اوقات ام پیکشن (انغراز) کو دور کر دینے کے باوجود معلوم ہوتا ہے کہ بریچ (سرینوں) کی جسامت بڑی ہونے کے باعث ٹانگ تک پہنچنا ناممکن ہے، یا یہ کہ رحم بچہ کو اس مضبوطی سے گرفت کئے ہوئے ہے کہ ٹانگ کو سلامتی کے ساتھ نیچے لانا ناممکن ہے۔ اگر بریچ (سرینوں) کے پیلوس (حوض) میں سے اوپر دھکیلے جانے کے لئے کافی درجہ تک ارتخا نہ پیدا کیا جا سکتا ہو تو براہ راست سرینوں پر ٹریکشن (جر) عمل میں لانا چاہیئے۔ قطع نظر اس صورت کے کہ بریچ (سرین) عین نیچے اوٹ لٹ (مخرج) پر واقع ہو، پہلے مقدم کنج ران پر ٹریکشن (جر) عمل میں لانا چاہیئے، اور جب یہ سرین بہت نیچے آ جائے اور سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے نیچے نظر آنے لگے تو اس ٹریکشن (جر) کو عقبی کنج ران میں منتقل کر دینا چاہیئے، کیونکہ عقبی سرین کو سمفزز (ارتفاق) کے گرد زیادہ چکر کاٹنا ہوتا ہے (تصویر ۱۲۶)۔ مضبوط ام پیکشن (انغراز) کی ان اصابتوں میں انگلیاں قطعاً بے فائدہ ہوتی ہیں، اور اکثر اوقات فلنٹ (معصب) بھی ناکامیاب رہتا ہے، لیکن اگر کنجھاسے ران پر یا بچہ کے پیلوس (حوض) کے گرد ایک مضبوط ربڑ کی نالی کا ٹکڑا ڈالا جائے تو وہ گاہے گاہے کامیاب ہو جاتا ہے۔ مضبوط ام پیکشن (انغراز) کی مثالوں میں

ایک وسیع اپسیاٹومی (episiotomy = شفرہ شگافی) کردینی چاہیئے ۔ بالعموم بریچ ہک (breech hook = سرینی خطاف) کے ساتھ ٹریکشن (جرّ) کرنے کے سوا کوئی طریق عمل فائدہ مند ثابت نہیں ہوتا' اور ممکن ہے کہ باوجود مکمل احتیاط کے اس اوزار کا استعمال ہپ (hip = نوض) کے کسر یا خلع' یا بچہ کے نرم حصوں کے تضرر پر منتج ہو۔ استثنائی صورتوں میں

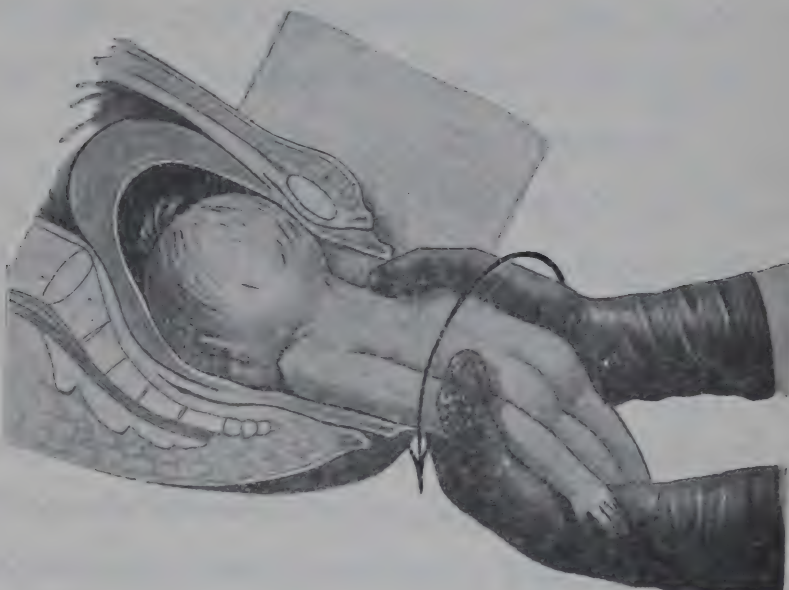


تصویر ۱۲۷۔ بسط شدہ بازو معقب بازو کو نیچے لانا۔
بچہ کے جسم کو جھلاکر ماں کے پیٹ کی طرف لایا جاتا ہے ۔ بائیں ہاتھ کی دو انگلیاں کہنی کے خم تک گذاری جاتی ہیں' بازو کو خمیدہ کیا جاتا ہے اور اس کو بچہ کے چہرہ کے وار پار ایک لمبا چکر کاٹ کر نیچے لایا جاتا ہے ۔

ممکن ہے کہ ایک انتہائی تدبیر یعنی ایمبریوٹومی (embryotomy = تقطیع الجنین) کی ضرورت پڑے ۔ کنج ران کے اوپر ایک تیز ہک (خطاف) ڈال کر یا ایمبریاٹومی سزرز

(embryotomy scissors= تقطیع الجنین والی قینچی) کے ذریعۂ ہیپ (نوض) کو آر پار کاٹ دیا جاتا ہے اور الگ شدہ جارحہ کو ہٹا لیا جاتا ہے۔ اس کے بعد اس کے لئے کافی گنجائش ہو جائے گی کہ دوسری ٹانگ کو بھی نیچے لاکر تخریج کر لیا جائے۔

بازوؤں کی بسط شدگی۔ سرینوں کی ولادت کے بعد یہ معلوم کرنے کے لئے امتحان کرنا چاہئے کہ آیا بازو سینہ پر خمیدہ ہیں یا نہیں۔ اگر نہ ہوں تو وہ اوپر کو ہٹے ہوئے اور بالعموم



تصویر ۱۲۸۔ بسط شدہ بازو۔ جسم کو تدویر دینا تاکہ مقدم بازو غیر مرتبط ہو جائے۔ مقدم بازو سمفزز (ارتفاق) کے پیچھے مضبوطی سے فانہ کی طرح ٹھکا ہوا ہے۔ بچہ کے جسم کو ایسی سمت میں تدویر دی جاتی ہے کہ بازو چہرہ کے وار پار آجائے۔

سر کے اطراف پر بسط شدہ ہوں گے۔

چونکہ شانے دونوں میں سے کسی ایک ترچھے قطر میں پڑے ہوتے ہیں، اس لئے ایک بازو مقدم ہوتا ہے اور ایک معقب۔ جب جسم سمفزز (ارتفاق) کے گرد خمیدہ ہو رہا ہوتا ہے

اس وقت مقدم بازو، بچہ کے جسم اور مقدم پیلوک (حوضی) دیوار کے درمیان مضبوطی سے فانہ کی
طرح ٹھک جاتا ہے، حالانکہ پیچھے سیکرل (عجزی) گڑھے میں زائد جگہ موجود ہوتی ہے، لہٰذا دونوں
میں سے معقب بازو کو پہلے نیچے لانا آسان تر ہوتا ہے۔ ایسا کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ پہلے
بچہ کو نیچے کھینچ لیا جائے تاکہ بازو حتی الوسع دسترس میں آجائیں، ورنہ کہنی تک پہنچنا دشوار ہوگا۔ 345
جگر یا دوسرے شکمی احشا کے تضرر سے بچنے کے لئے بچہ کو ٹانگوں یا پیلوک گرڈل (pelvic
girdle = حوضی نطاق) کے گرد سے گرفت کیا جاتا ہے۔ پھر اسکو اوپر کو ماں کے پیٹ کے جانب
لے جایا جاتا ہے تاکہ یہ رستہ سے ہٹ جائے، نیز بچہ کے جھلانے سے معقب شانہ نیچے
چلا آتا ہے۔ بائیں ہاتھ کو بچہ کی پشت کے ساتھ ساتھ اوپر گذارو یہاں تک کہ ہاتھ بالائی بازو
تک پہنچ جائے، پھر پہلی اور دوسری انگلی کو ہیومرس (humerus = ذراعیہ) کے ساتھ ساتھ
لیجا کر کہنی کے خم میں دباؤ ڈالو۔ اس سے بازو خمیدہ ہوجاتا ہے، اور اگر کوئی مددگار ساتھ ہی
رحم پر بھی دباؤ ڈالتا رہے تو اس سے پیش بازو کو انگلیوں کی دسترس میں لانے میں مدد ملتی
ہے۔ بالعموم انگلیوں کی نوکوں کے ذریعہ پیش بازو تک بآسانی پہنچا جا سکتا ہے، اس کے بعد
پیش بازو کو، ایک لمبا چکر کاٹتے ہوئے، بچہ کے چہرہ پر دبایا جاتا ہے جس سے ہاتھ اوٹ لٹ
(مخرج) میں آجاتا ہے۔ پھر اس ہاتھ کو پکڑ لیا جاتا ہے اور ہلکے ٹریکشن (جر) کے ذریعہ یہ
ممکن معلوم ہوتا ہے کہ شانہ کی نوک کو پرینیم (عجان) پر سے کھسکا کر نکال لیا جائے۔ جب
یہ امر سرانجام ہوجاتا ہے تو مقدم بازو کی ولادت آسان ہوتی ہے۔ ضرورت صرف یہ ہے کہ بچہ کے
جسم کو جھلا کر پیچھے پرینیم (عجان) کی جانب لیجایا جائے، اور داہنا ہاتھ حسب سابق بچہ کی
کی پشت کے ساتھ ساتھ گذارا جائے یہاں تک کہ انگلیوں کے لئے کہنی میں دباؤ ڈالنا، اور
پیش بازو کو دھکیل کر چہرے کے وار پار نیچے لیجانا ممکن ہوجائے (تصویر ۱۲۷، ۱۲۸)۔

اگر معقب شانہ کی نوک کی پہلے ولادت نہ کرائی جا سکتی ہو تو مقدم بازو کا نیچے لانا
بہت ہی دشوار ہوتا ہے، کیونکہ (شانے کی نوک سے لیکر گردن اور شانہ کے اتصال تک کا)
جو زائد عرض ہوتا ہے اس کی وجہ سے مقدم بازو سمفزز (ارتفاق) پر کس کر دب جاتا ہے۔
جب مقدم بازو، مقدم پیلوک (حوضی) دیوار کے پیچھے فانہ کی طرح کس کر ٹھکا ہوا پایا جائے
تو بہترین تدبیر یہ ہے کہ بچہ کے جسم کو اس طرح گھمایا جائے کہ شانے کسی ترچھے قطر میں آجائیں،

یا حتیٰ کہ مقدم شانہ منقلب ہو جائے۔ یہ تدویر ایسی سمت میں کرنی چاہیئے کہ جس سے چہرہ بھر کر بسط شدہ بازو کی جانب آجائے۔ اس دست ورزی کا نتیجہ بسا اوقات یہ ہوتا ہے کہ محبوس بازو سینہ کے وار پار آرہتا ہے، اس طرح کہ اس تک بآسانی پہنچ سکتے اور اس کو نیچے کھینچ سکتے ہیں۔

بازو کی ڈارسل ڈسپلیسمنٹ (dorsal displacement = ظہری غیر وضعیت)۔

ایک شاذ حالت بھی جو کہ بازو کی ڈارسل ڈسپلیسمنٹ (ظہری غیر وضعیت) کے نام سے مشہور ہے، وقوع پذیر ہو سکتی ہے، اس میں بالائی بازو بسط شدہ ہوتا ہے اور پیش بازو خمیدہ ہو کر گردن کی گدی کے ساتھ پڑا ہوا ہوتا ہے۔ یہ ڈسپلیسمنٹ (غیر وضعیت) اس طرح پیدا ہو جاتی ہے کہ جسم کو بزور گھمانے کی کوشش کی جاتی ہے یا متذکرہ صدر دست ورزی میں چہرہ کو محبوس بازو سے دور گھمایا جاتا ہے (تصویر ۲۹۰)۔

اس ڈسپلیسمنٹ (غیر وضعیت) کو درست کرنے کے لئے لازم ہے کہ جس سمت میں
گھمانے سے یہ ڈسپلیسمنٹ (غیر وضعیت) پیدا ہوئی ہے، یا پیدا ہو سکتی ہے اس کے مخالف
سمت میں جسم کو گھمایا جائے، یعنی اس طرح کہ چہرہ ڈسپلیسڈ (displaced = غیر وضعی) بازو کی طرف 346
دیکھنے لگ جائے۔

بازوؤں کو نیچے لانے کی تمام دست ورزیوں میں، زیادہ سے زیادہ نرمی سے کام لینا چاہیئے، کیونکہ درشت طریقوں سے ایپی فیزز (epiphyses = بربالیدوں) کی علیحدگی، کسور، خلعات، اور بریکیل پلیکسس (brachial plexus = ضفیرہ عضدی) کے اعصاب کے تضررات بآسانی پیدا ہو جاتے ہیں۔

آفٹر کمنگ (after-coming = پس آئند) سر کو دیر لگنا۔

(ا) برم (گگر) سے اوپر (ب) کیویٹی (کہفہ) کے اندر:—

(ا) تاخیر برم (گگر) سے اوپر۔ آفٹر کمنگ (پس آئند) سر کی صورت میں سب سے بڑی مشکل ان مثالوں میں پیش آتی ہے کہ جن میں سر پہلوک برم (حوضی گگر) سے اوپر رک گیا ہو۔ جمجمہ کا قاعدہ تو ان لٹ (مدخل) سے گذر جاتا ہے، لیکن والٹ

(vault = صافورہ) کا عریض تر حصہ [اور یہ بالعموم بائی پیراٹل (جداری) قطر سے ذرا نیچے ہوتا ہے] رُک جاتا ہے۔ اس کی وجہ کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) یا سر کا بڑا ہونا یا بسط شدہ ہونا ہے۔



تصویر ۱۲۹۔بازو کی ڈارسل ڈسپلیسمنٹ (ظہری غیر وضعیت)۔
اس ڈس پلیسمنٹ (غیر وضعیت) کو درست کرنے کے لئے جسم کو اس طرح گھمایا جاتا ہے کہ چہرہ ڈس پلیسڈ (غیر وضعی) بازو کی طرف دیکھنے لگتا ہے۔ انگلیاں بچہ کو شکم سے نہیں بلکہ سینہ سے پکڑتی ہیں۔

347

علاج

برم (لگر) سے اوپر رُکے ہوئے سر کی ولادت انجام دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ نیچے سے ٹریکشن (جرّ) کیا جائے اور سوپرا پیوبک (supra-pubic = فوق العانی) دباؤ سے مدد لی جائے۔ ٹریکشن (جرّ) براہ راست یا فارسیپز (کلاب) کے ذریعہ عمل میں لایا جاسکتا ہے لیکن اول الذکر ذریعہ بالعموم کارگر ہوتا ہے اور زیادہ جلد عمل میں لایا جاسکتا ہے اور زندہ بچہ حاصل کرنے کے لئے چونکہ ہر لمحہ اہمیت رکھتا ہے لہذا اسی کو پہلے آزمانا چاہیے۔ ٹریکشن (جرّ) کے مختلف طریقے بیان کیے گئے ہیں لیکن وہ جو کہ "جبڑے کی خمیدگی اور شانہ کا ٹریکشن (جرّ)" کے نام سے مشہور ہے اس جیسا کوئی بھی موثر نہیں اس لئے یہی ایک طریقہ ہے جو اختیار کئے جانے کے قابل ہے۔ اس کو بطریق ذیل انجام دیا جاتا ہے:-

بچہ کے جسم کو، جو کہ ایک گرم کپڑے میں لپٹا ہوا ہوتا ہے، بائیں بازو کی خم پذیر سطح پر سٹریڈل وائز (straddle-wise = چھدرا کر) رکھ دیا جاتا ہے اس طرح کہ اس کی ٹانگیں اور بازو قبالت کار کے بازو کے اطراف پر سے لٹکتے رہیں۔ انگشت شہادت اور انگشت وسطی ویجائنا (مہبل) میں داخل کر کے اتنی دور گزاری جاتی ہیں کہ یہ بچہ کے منہ میں اور بہت پیچھے اس کے زیریں جبڑے تک پہنچ سکیں۔ چونکہ سر برم (لگر) میں سے سب سے زیادہ آسانی کے ساتھ عرضی قطر میں سے گزر سکتا ہے اس لئے اگر سر اس قطر میں پہلے سے نہ ہو تو اسے گھما کر اس میں لے آنا چاہیے، خاصکر فلیٹنڈ پیلوس (flattened pelvis = چپٹے حوض) کی صورت میں۔ اس کے بعد سر کو اوپر سے نیچے کی جانب زور سے دبانا چاہیے (اگر ممکن ہو تو کوئی مددگار دبائے، ورنہ ہاتھ کی آلودگی سے بچنے کے لئے شکمی دیوار پر کوئی صاف تولیہ رکھ کر دبانا چاہیے)۔ زیادہ دباؤ سر کے جبینی سرے پر ڈالنا چاہیے تاکہ یہ خمیدہ ہو جائے اور جبڑا جتنا نیچے ہو سکے ہو جائے۔ منہ میں جو انگلیاں ڈالی گئی ہوں وہ بس اتنا دباؤ ڈالیں کہ سر کو بسط ہونے سے روک سکیں۔ اب ٹریکشن (جرّ) جبڑے پر نہیں بلکہ شانہ پر عمل میں لایا جاتا ہے۔ داہنے ہاتھ کی انگشت شہادت اور انگشت وسطی شانوں پر رکھ دیجاتی ہیں، ایک بچہ کی گردن کے اِس طرف اور ایک اُس طرف۔ جب نمایاں بسط شدگی

موجود ہو تو اس وقت جبکہ جبڑے میں رکھی ہوئی انگلی چہرہ کو نیچے کی جانب کھینچتی ہے یہ انگلیاں آکسیپٹ (قذال)، کو اوپر کی جانب دھکیل کر سر کے خم کرنے میں مدد دیتی ہیں۔ جوں ہی کہ سر خمیدہ ہو جاتا ہے شانوں پر کی انگلیاں ٹریکشن (جرّ) عمل میں لاتی ہیں۔ پہلے تو یہ ٹریکشن (جرّ)، اس حد تک کہ جس تک پرینیم (عجان) اجازت دیتا ہے، نیچے کی سمت میں ہوتا ہے۔ پھر جیسے جیسے سر نیچے اترتا ہے، بائیں بازو کو اٹھانے سے



تصویر۔ ۱۳۔ آفٹر کمنگ (پس آئند) سر کی بسط شدگی۔
پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) میں دیر لگنا۔ جبڑے اور شانوں کا ٹریکشن (جرّ)۔
بچہ کا جسم بازو پر سوار کیا جاتا ہے۔ منہ میں ایک انگلی ڈالی جاتی ہے جو سر کو خمیدہ رکھتی ہے ساتھ ہی ساتھ انگشت شہادت اور انگشت وسطیٰ کو کلیویکلز (clavicles = ترقووں) پر رکھ کر شانوں کا ٹریکشن (جرّ) کیا جاتا ہے۔

جس پر کہ بچہ سوار ہوتا ہے ٹریکشن (جرّ) کی سمت بتدریج آگے کی طرف ہوتی جاتی ہے۔

جب گردن کی گدی پیوبک آرچ (عانی محراب) کے نیچے اور چہرہ سیکرم (عجز) کے گڑھے میں آجاتا ہے تو انگلیوں کو شانوں پر سے ہٹا لیا جاتا ہے اور سوپرا پیوبک (supra-pubic = فوق العانی) دباؤ سے سر کے اخراج میں مدد دیجاتی ہے (تصویر ۱۳۰، ۱۳۱)۔

جبڑے کی تمید گی اور شانوں کا ٹریکشن (جر) انجام دینے میں یہ احتیاط کرنی چاہئے کہ



تصویر ۱۳۱۔ آفٹر کمنگ (پس آئند) سر کی بسط شدگی۔
پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) میں دیر لگنا۔
بچہ کا جسم بائیں بازو پر سٹریڈلوائز (چھدرا کر) رکھا جاتا ہے اور انگشت شہادت اور انگشت وسطی بچہ کے منہ میں ہوتی ہیں۔ دایاں ہاتھ ایک تولیہ کے ذریعہ سر کو دباتا ہے اور جوں جوں سر نازل ہوتا ہے بائیں بازو کو تیر کی سمت میں اونچا کیا جاتا ہے۔

حد سے زیادہ زور دار دباؤ سے بچہ کے منہ یا جبڑے کو کوئی نقصان نہ پہنچ جائے۔ اس خطرہ سے

بچنے کے لئے سمیلی (Smellie) نے یہ رائے دی ہے کہ دو انگلیوں کو منہ میں ڈالنے کی بجائے ان کو بالائی جبڑے پر ناک کے دونوں طرف رکھنا چاہیئے، لیکن اس سے جو گرفت حاصل ہوتی ہے وہ اس قدر ڈھیلی ہوتی ہے کہ اس کا کچھ فائدہ نہیں ہوتا۔ آفٹر کمنگ (بیس آنند) سر پر فارسپز (کلاب) کے ذریعہ ٹریکشن (جر) عمل میں لانے پر مذکورہ بالا طریقہ کو یہ فوقیت حاصل ہے کہ یہ فی الفور اختیار کیا جاسکتا ہے، اور اس کے لئے اوزاروں اور 349
خاص تیاری کی ضرورت نہیں ہوتی۔ تاہم دشوار بریچ (سرینی) ولادت کی مثالوں میں فارسپز (کلاب) کو ابال کر بالکل تیار رکھنا چاہیئے۔ اگر فارسپز (کلاب) تیار رہے اور سرعت کے ساتھ لگایا جائے تو یہ ولادت کا ایک بہت عمدہ ذریعہ ہے۔ بعض ماہرانِ قبالت فارسپز (کلاب) کے استعمال کی اس بنا پر سفارش کرتے ہیں کہ یہ بریکیل پلیکسس (brachial plexus= عضدی ضفیرہ) کی لیسیریشن (laceration= دریدگی) کے خطرہ کو کم کرتا ہے، جو کہ آفٹر کمنگ (بیس آنند) سر کی دستی تخرجیج میں سب سے زیادہ ہے کیونکہ ایک یا دوسری طرف ٹریکشن (جر) کرنے سے شانہ سر سے دور گھسیٹا جاتا ہے۔ بچہ کے جسم کو ماں کے پیٹ کی جانب اٹھا کر رکھا جاتا ہے اور بلیڈز (پھلوں) کو جسم کے نیچے سے ہوکر سر پر لگایا جاتا ہے۔ اگر فارسپز (کلاب) سر کی ولادت کرانے سے قاصر رہے، یا اگر کارڈ (حبل) میں چند منٹوں سے نبضان موقوف ہو گیا ہو تو انسب یہ ہے کہ سر کو چھید دیا جائے تاکہ ماں کو جہاں تک ممکن ہو کم نقصان پہنچے۔ یہ یاد رکھنا مناسب ہوگا کہ بچہ کے جسم کو ماں کے پیٹ کی جانب جھلا کر لے جانے اور فنڈل (قعری) دباؤ سے سر کو "دبا کر نکالنے" کا طریقہ ولادت ان مثالوں کیلئے بیان کیا گیا ہے کہ جن میں سر کیویٹی (کہفہ) میں رک جاتا ہے، اس کا اطلاق برم (گگر) سے اوپر والی مثالوں میں قطعاً نہیں ہوسکتا۔

(ب) تاخیر کیویٹی (کہفہ) میں۔ جب سر پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) میں اتر چکا ہو تو یہ رحم کی گرفت سے باہر ہوتا ہے، اور اس کا مزید تقدم اس امر پر منحصر ہوتا ہے کہ ماں کے حزق کرنے کی کوشش کی وجہ سے بازکشیدہ اپر سیگمنٹ (upper segment= بالائی قطعہ) سر پر دباؤ ڈالے۔ اگر ماں کی کوشش کمزور ہو اور اوٹ لٹ (مخرج) پر کے عضلات کی مزاحمت معتد بہ ہو تو ممکن ہے یہ تاخیر بچہ کے لئے مہلک ثابت ہو۔ تاخیر کا

ایک کثیر الوقوع سبب یہ ہے کہ سر کی نبسط شدگی کی وجہ سے پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) کو زیادہ بڑے قطر کا سامنا ہوتا ہے۔ (تصویر ۴۵ج)۔

ایسی مثالوں میں بہترین علاج یہ ہے کہ شکمی دیوار کی وساطت سے فنڈس (قعر) پر زور سے دباؤ ڈالا جاتا ہے تاکہ سر پیلوس (حوض) میں جہاں تک نیچے ممکن ہو دھکیلا جائے۔ اب اگر بچہ کے جسم کو جھلا کر اوپر ماں کے پیٹ کی جانب لیجایا جائے تو سر دب کر نکل آئیگا۔ یہ طریقہ صرف اس وقت اطلاق پذیر ہوتا ہے جب کہ سر برم (ککگر) میں سے پورے طور پر گذر جاتا ہے۔ اگر سر کو دبا کر اوٹ لٹ (مخرج) تک لیجانا ناممکن نظر آئے تو فی الفور جبڑے کی خمیدگی اور شانہ کا ٹریکشن (جر) اس طرح جس طرح کہ اوپر بیان ہوچکا ہے عمل میں لانا چاہیئے کیونکہ جسم کو جھلا کر اوپر لیجانے سے کوئی فائدہ نہیں تاوقتیکہ گردن کی گدی سمفرز (ارتفاق) کے پیچھے اور چہرہ سیکرل (عجزی) گڑھے میں نہ ہو۔ اگر سر کی بسط شدگی موجود ہو اور یہ صرف سوپرا پیوبک (فوق العانی) دباؤ سے درست نہ ہوسکتی ہو تو اس صورت میں بھی ولادت کا یہی بہترین طریقہ ہے۔ سر کے پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) میں ہونے کی صورت میں اس کے علاوہ کہ جبڑے کو خم کر کے شانوں کو جر کیا جائے ایک متبادل طریقہ یہ ہے کہ جب جسم کو جھلا کر ماں کے پیٹ کی جانب لیجا رہے ہوں تو اس وقت شانوں پر دو انگلیاں رکھکر ٹریکشن (جر) عمل میں لایا جائے۔ اُن شاذ مثالوں میں جن میں چہرہ مقدمی طور پر اتر آئے جسم کی تدویر بیرونی طور پر اور سر کی دستی تدویر اندرونی طور پر عمل میں لانی چاہیئے اور یہ اسطرح کی جاتی ہے کہ ہاتھ کو بچہ کے چہرہ کے ساتھ ساتھ اوپر لیجا کر اسکے ذریعہ تدویر کرائی جاتی ہے۔

جب امبلائکل کارڈ (حبل السری) بے نبض ہو اور آفٹر کمنگ (پس آئند) 350
سر کی ولادت میں دشواری پیش آئے، تو فی الفور آکیپٹل (قذالی) ہڈی میں پرفوریشن (انثقاب) کر دینا چاہیئے اور ماں کے تضرر کا خطرہ نہ مول لینا چاہیئے۔

برم (ککگر) میں سے بچہ کو گھسیٹنے پر اس کو شدید تضررات لگ سکتے ہیں، لیکن بسا اوقات درحقیقت ان سے کوئی مفر نہیں ہوتا، کیونکہ زندہ بچہ حاصل کرنے کے لئے سر کی جلد ولادت کرانا ضروری ہوتا ہے۔ یہ مرجح ہے کہ درست سمت میں زور سے گھسیٹا جائے اور ان تضررات کا خطرہ سر لیا جائے، کیونکہ ایک زندہ بچہ خواہ وہ متضرر ہی ہو

351

باب سی و یک

ایب نارمل پریزنٹیشنز (غیر طبعی تطریقات)

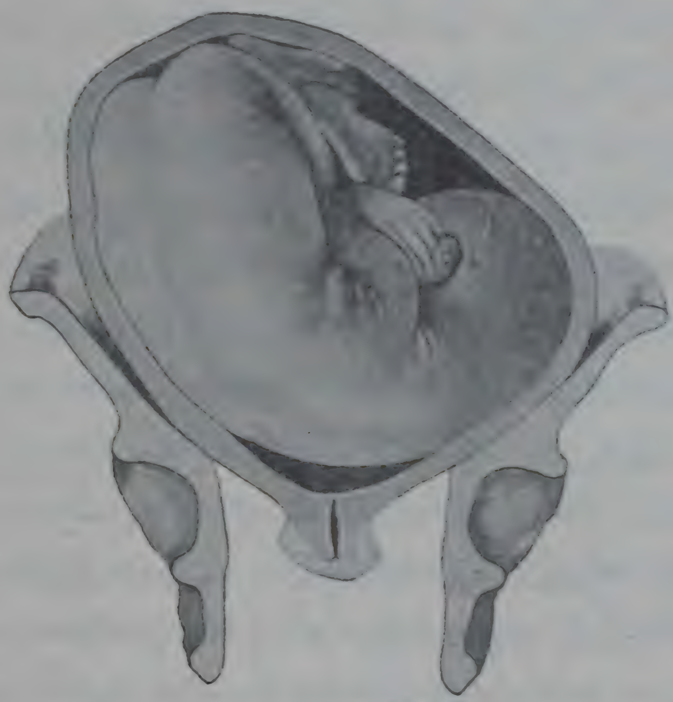
(گذشتہ سے پیوستہ)

...ئی (LIE=افتاد) شولڈر پریزنٹیشن (SHOULDER PRESENTATION = کتفی تطریق)

ان مثالوں کو جن میں جنین، رحم کے طویل محور میں نہیں پڑا ہوتا، "عرضی" یا "ترچھی"
... (افتادوں) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے۔ جنین کے طویل محور کا رحم کے طویل محور سے
... زاویہ قائمہ پر پایا جانا ایک شاذ امر ہے، اور یہ صورت صرف نہایت ہی چھوٹے اور
... از میعاد بچوں میں ممکن ہو سکتی ہے۔ بالعموم جنینی محور رحمی محور سے ترچھا واقع ہوتا ہے
... ترچھے پن کا درجہ بہت اختلاف پذیر ہوتا ہے، لیکن یہ تمام مثالیں "عرضی" لائی
... تاد) کے عنوان کے تحت جمع کی جاسکتی ہیں۔ بالعموم شانہ کی نوک، تطریقی حصہ بناتی
... لہذا "عرضی لائی (افتاد)" کے مترادف کے طور پر "شولڈر پریزنٹیشن (کتفی تطریق)"
... لفظ بھی مستعمل ہے۔

اسباب۔ وہ تمام حالات کہ جن سے میلپریزنٹیشن (mal-presentation=
... ریق ناقص) پیدا ہونے کا احتمال ہو نا صفحہ 317 پر بیان کیا گیا ہے، شولڈر پریزنٹیشن

بہتر ہے ایک مردہ بچہ سے خواہ وہ غیر متضرر ہی ہو۔ سب سے زیادہ اغلب الوقوع تضرر، بازو کا شلل ہے جو کہ بریکیل پلیکسس (عضدی ضفیرہ) کے تضرر کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ سٹرنو میسٹائڈ (sterno-mastoid = قصی حلمی) عضلہ اور گردن کے دیگر عضلات کا انشقاق، اور گردن کی سیلولر (خلوی) بافت میں ہیمرتیج (نزف) بھی واقع ہو سکتا ہے۔ چونکہ بچہ اکثر اوقات



تصویر ۱۳۲ شولڈر پریزینٹیشن (کتفی تطریق) ظہری مقدمی وضع۔
سر بائیں الیک فوسا (حرقفی حفرہ) میں ہے۔ پشت ترچھی واقع ہے، اور
بریچ (سرین) دائیں طرف الیک فوسا (حرقفی حفرہ) کے اوپر ہے۔

اسفکسیٹڈ (asphyxiated = مخنوق) تولد ہوتا ہے، اسلئے ولادت کی تکمیل کرنے سے پیشتر اس کے احیاء کی تیاریاں کرنی چاہئیں۔

دیگر تضررات کے لئے دیکھو صفحہ 603۔

(کتفی تطریق) کا بھی سبب ہو سکتے ہیں۔ شولڈر پریزنٹیشن (کتفی تطریق) پری میچور (premature = قبل از میعاد) بچوں اور تواموں میں کے دوسرے بچہ میں خاص طور پر کثیر الوقوع ہے۔ کانٹریکٹڈ پیلوس (contracted pelvis = منقبض حوض) اور رحمی ترچھا پن بھی اس کے عام اسباب ہیں۔ بہت سی مثالوں میں کوئی سبب دریافت نہیں ہو سکتا۔

تواتر۔ شولڈر پریزنٹیشنز (کتفی تطریقات) کا تواتر اعداد و شمار کی مختلف فہرستوں میں بہت اختلاف پذیر ہے لیکن تقریباً "۲۰۰ میں ایک" کا تواتر صحت سے قریب قرار دیا جا سکتا ہے۔ یہ پرمی گریوڈی (اولین حمل زچاؤں) کی بہ نسبت ملٹی پیری (کثیر الولادت زچاؤں) میں چھ یا سات گنا زیادہ کثیر الوقوع ہوتی ہیں بلاشبہ اس کی وجہ یہ ہے کہ آخر الذکر میں شکمی دیواروں کا ارتخا زیادہ درجہ کے رحمی ترچھے پن پر منتج ہوتا ہے لیکن یہ امر بھی فراموش نہ کرنا چاہیے کہ ملٹی پیری (کثیر الولادت زچاؤں) میں نسبتہً بہت زیادہ ولادتیں ہوتی ہیں۔

وضعات۔ بچہ عام طور پر اس حالت میں پڑا ہوتا ہے کہ اس کا سر ایک ایلیک فوسا (iliac fossa = حرقفی حفرہ) میں جسم پیلوس (حوض) کے وار پار ترچھا ڈھلوان پڑا ہوا اور بریچ (سرین) شکم کے دوسری طرف سر سے کسی قدر بلند تر مقام پر جاگزیں ہوتی ہے۔ اگر یہ تصور کیا جائے کہ ازدیاد میں دشواری کی وجہ سے سر اوپر ایلیک فوسا (حرقفی حفرہ) میں کھسک جاتا ہے تو مذکورہ بالا لائی (افتاد) کی پیدائش فوراً سمجھ میں آجائے گی۔ اس سے زیادہ شاذ یہ ہے کہ بریچ (سرین) پھسل کر ایلیک فوسا (حرقفی حفرہ) میں چلی جاتی ہے اور سر شکم کے دوسری جانب ایک بلند تر مقام پر جاگزیں ہو جاتا ہے۔ موخر الذکر صورت میں دھڑ کا کوئی حصہ تطریق کرتا ہے۔

شولڈر پریزنٹیشن (کتفی تطریق) میں بعض اوقات اکرومین پروسس (acromion process = اخرمی زائدہ) کو نسب نما قرار دیا جاتا ہے لیکن بالعموم صرف دو وضعات 352
نامزد کی جاتی ہیں ڈارسو انٹیریر (dorso-anterior = ظہری مقدمی) اور ڈارسو پوسٹیریر (dorso-posterior = ظہری عقبی)۔ ان میں پہلی وضع کہیں زیادہ کثیر الوقوع ہے اور اس کا

سبب بھی وہی ہے جو کہ ورٹکس پریزنٹیشنز (قمی تطرینقات) میں ہوتا ہے یعنی بچہ یوٹرائن کیویٹی



[سینٹ ٹامس ہسپتال کے شعاعیاتی شعبہ سے لی گئی]

تصویر ۱۳۳ ۔ ایک شولڈر پریزنٹیش (کتفی تطرینق) کا سکایاگرام
(skiagram = سایہ نگاشت) ۔ حمل کا چھتیسواں ہفتہ ۔

(uterine cavity = رحمی کہفہ) کے ساتھ اُس صورت میں بہتر توافق حاصل کرتا ہے جب کہ
اس کی پشت سامنے کی طرف ہو (دیکھو صفحہ 362)۔ حقیقت تو یہ ہے کہ چونکہ ورٹکس (قمہ) کی
L. O. A. وضعات کثرت سے واقع ہوتی ہیں اور رحم کا عام ترچھاپن؛ فنڈس (قعر) کا دائیں
جانب کو واقع ہونا ہے لہذا یہ توقع کیجا سکتی ہے کہ عرضی لائز (lies = افتادوں) میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع 353
وضع یہی ہوگی کہ سر بائیں الیک فوسا (حرقفی حفرہ) میں ہو دایاں شانہ تطریق کرتا ہو اور پشت سامنے کو واقع ہو
(تصویر ۱۳۳ و ۱۳۴)۔



تصویر ۱۳۴۔ شولڈر پریزنٹیشن (کتفی تطریق)۔ ڈارسو پوسٹیریر (ظہری عقبی) وضع۔
سر دائیں الیک فوسا (حرقفی حفرہ) میں اور چھوٹے حصے سامنے ہیں؛ بریچ (سرین)
بائیں طرف الیک فوسا (حرقفی حفرہ) کے اوپر ہے۔

وضع الحمل کا میکانیہ اور ممر۔ اگر بچہ عرضی طور پر پڑا ہوا ہو تو وہ بجز استثنائی صورتوں کے قدرتی طور پر تولد نہیں ہو سکتا، اس لئے یہ کہنا بالکل صحیح ہوگا کہ ولادت کا کوئی حقیقی میکانیہ موجود نہیں ہوتا۔ تاہم بعض حالات میں قدرتی طاقتوں کے ذریعہ ولادت وقوع میں آ سکتی ہے۔

(۱) ممکن ہے کہ وضع الحمل کے آغاز میں رحمی فعل کے نتیجہ کے طور پر عرضی لائی (افتاد) طولی لائی (افتاد) میں تبدیل ہوجائے، اور "بالذات ریکٹی فیکیشن (rectification= درستی)" جس میں سر تطریق کرتا ہے یا " بالذات ورشن (version= گردش)" جس میں بریچ (سرین) تطریق کرتی ہے واقع ہوجائے۔

(۲) اگر بچہ چھوٹا ہو، پیلوس (حوض) کشادہ ہو اور رحمی فعل زوردار ہو، تو بچہ ایک میکانیہ کے ذریعہ تولد ہوسکتا ہے جو کہ شولڈر پریزنٹیشن (کتفی تطریق) سے خاص ہے۔ یہ میکانیہ "بالذات ایوولیوشن (evolution= ارتقاء)" کے نام سے موسوم ہے۔

(۳) اگر جنین مردہ، یا میسریٹڈ (macerated= تطعین شدہ) یا چھوٹا اور نرم ہو تو ممکن ہے کہ جسم دوہرا ہو کر ایک کشادہ پیلوس (حوض) میں سے تولد ہوجائے۔ اسے "بالذات ایکسپلشن (expulsion= اخراج)" کے نام سے پکارتے ہیں۔

354 بالذات ریکٹی فیکیشن (rectification= درستی)۔ اکثر بچے جو وضع الحمل کے آغاز میں عرضی تشخیص کئے جاتے ہیں، وضع الحمل شروع ہوجانے کے بعد طولی طور پر پڑے ہوئے پائے جاتے ہیں۔ یوٹرائن کانٹریکشنز (رحمی انقباضات) جنین کے دونوں قطبوں پر دباؤ ڈالتے ہیں، اور ان کو رحم کے طویل محور میں لانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ ظاہر ہے کہ خفیف طور پر ترچھی لائز (lies= افتادوں) کی صورت میں اکثر ایسا واقع ہوتا ہوگا۔ لیکن اگر جنین آزادانہ نقل پذیر ہو اور یوٹرائن کانٹریکشنز (رحمی انقباضات) زوردار ہوں، تو کوئی وجہ نہیں کہ بچہ کی اُن لائز (افتادوں) میں بھی بالذات ریکٹی فیکیشن (درستی) کیوں نہ پیش آئے کہ جو تقریباً عرضی ہوتی ہیں۔ غالباً یہ ریکٹی فیکیشن (درستی) وضع الحمل کے آغاز میں ہوتی ہے، اور یقیناً اس وقت واقع ہوتی ہے جبکہ بچہ کا کوئی حصہ ابھی برم (لگر) میں داخل نہیں ہوا ہوتا۔ ممکن ہے کہ یہ ریکٹی فیکیشن (درستی) اغشیہ کے مشقوق ہونے کے فوراً بعد واقع ہو کیونکہ اسوقت بچہ کے قطبین پر یوٹرائن کانٹریکشن (رحمی انقباض) کا براہ راست عمل بڑھ جاتا ہے لیکن اگر پانی کی معتدبہ مقدار بہ گئی ہو یا بچہ کا کوئی حصہ پرولیپسڈ (ساقط) ہوگیا ہو، تو یہ واقع نہیں ہوتی۔

بالذات ورشن (گردش)۔ یہ بہت شاذ ہے، لیکن گاہے اغشیہ کے انشقاق کے وقت واقع ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کی بعض مثالیں وہ ہوں کہ جن میں بریچ (سرین)

پہلے ہی سر سے نیچے واقع ہوتی ہے لیکن بالذات ورشن (گردش) معمولی قسم کی ترچھی لائی (افتاد) میں بھی واقع ہو سکتی ہے کہ جس میں زیرین قطب، سر ہوتا ہے۔ یہ کس میکانیہ کے ذریعہ واقع ہوتی ہے اس کے متعلق ہمیں بہت کم واقفیت ہے۔ شائد بالذات ورشن (گردش) اس طرح واقع ہوتی ہے کہ زور دار بے قاعدہ یوٹرائن کانٹریکشنز (رحمی انقباضات)، بالخصوص فنڈل کانٹریکشنز (قعری انقباضات) بریچ (سرینوں) کو نیچے کی جانب دھکیلتے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی رحم کا وہ حصہ جو سر کے گرد ہوتا ہے اتنا مرتخی ہو جاتا ہے کہ سر کو اوپر اٹھنے کا موقع مل جاتا ہے۔

بالذات ایوولیوشن (ارتقاء)۔ یہ شولڈر پریزنٹیشن (کتفی تطریق) کا قدرتی



تصویر ۱۳۵۔ شولڈر پریزنٹیشن (کتفی تطریق)۔ بالذات ایوولیوشن (ارتقاء) (۱)۔ شانہ اور پرولیپسڈ (ساقط شدہ) بازو تدویر کر کے پیوبک آرچ (عانی محراب) کے نیچے چلے گئے ہیں۔ سر برم (لگن) کے اوپر ہے، اور جسم اس کے پاس سے بھنچ کر نکل رہا ہے اس طرح کہ اسکی ڈارسل سپائن (ظہری شوکہ = dorsal spine) انتہائی خمیدگی کی حالت میں ہے۔

میکانیہ ہے، لہذا ذرا زیادہ تفصیلی بحث کا محتاج ہے۔ اگر جنین چھوٹا اور نرم، پیلوس (حوض) کشادہ اور رحمی فعل زوردار ہو تو بچہ قدرتی طور پر تولد ہو سکتا ہے۔ شانہ پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) میں گھس جاتا ہے اور بالعموم بازو پرولیپسڈ (ساقط) ہو جاتا ہے۔ یہ شانہ معمولی قاعدہ کے مطابق گھوم کر سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے نیچے چلا جاتا ہے، اور دھکل کر اوٹ لٹ (مخرج) تک پہنچ جاتا اور باہر سے نظر آنے لگتا ہے۔ بچہ کی کلیویکل (clavicle = ترقوہ) اور گردن، سمفزز (ارتفاق) کی پشت کے ساتھ لگ کر مضبوطی سے مضغوط ہو جاتے ہیں۔ سر، جو برم (لگر) سے اوپر پڑا ہوتا ہے، دھڑ پر پہنچ جاتا ہے اور سروائیکل (cervical = عنقی) اور بالائی ڈارسل سپائن (dorsal spine =



تصویر ۱۳۶۔ بالذات ایوولیوشن (ارتقار) (۲)۔
دھڑ انتہائی خمیدگی کی حالت میں سر کے پاس سے بھنچ کر نکل رہا ہے پسلیاں پرینیم (عجان) کو متمدد کر رہی ہیں، اور بٹیچ (سرین) سیکرل (عجزی) گڑھے میں متمکن ہے۔

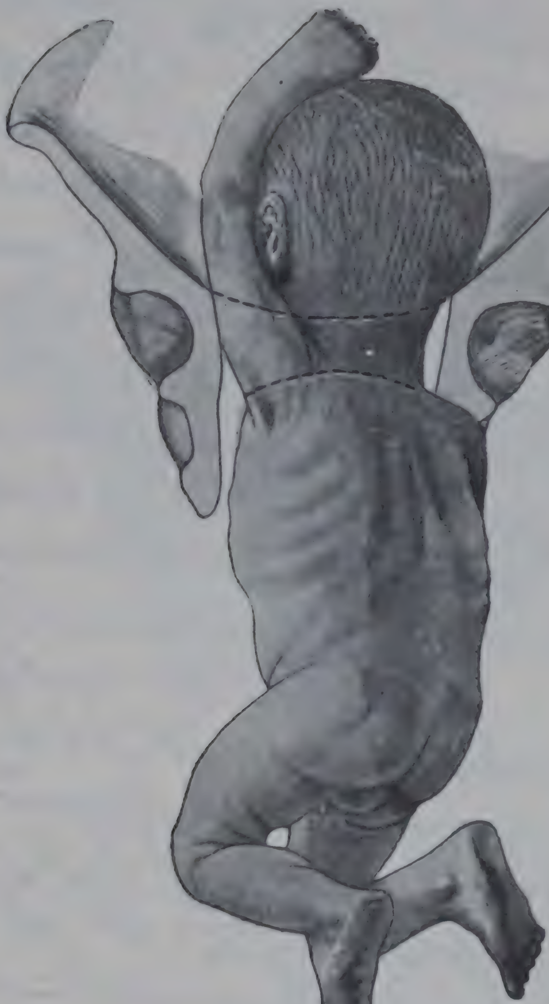
ظہری شوکہ) انتہائی طور پر اور جانبی طور پر خمیدہ ہو جاتی ہے۔ زوردار یوٹرائن کانٹریکشنز (رحمی انقباضات) دھڑ کو سر کے پاس سے نکال کر دھکیل دیتے ہیں چنانچہ پسلیاں پرینیم (عجان) کو متمدد کر دیتی ہیں اور بریچ (سرین) سیکرم (عجز) کے گڑھے میں گھس جاتی ہے۔ پھر سینہ کا وہ حصہ



تصویر ۱۳۷۔ بالذات ایوولیوشن (ارتقاء) (۳)۔
سینہ کا نکلنا اور اس کے بعد بریچ (سرینوں) اور ٹانگوں کا نکلنا۔

356 نکلتا ہے جو کہ تولد شدہ شانہ سے نیچے کا حصہ ہوتا ہے اور اس کے بعد بریچ (سرین) اور ٹانگیں

تولد ہوتی ہیں۔ پھر ترتیب وار معقب شانہ، بازو اور آفٹر کمنگ (پس آئند) سر تولد ہوتے ہیں۔ انتہائی ضغطہ اور جنین کی حد سے سوا جانبی خمیدگی اس امر کو غیر اغلب بنا دیتی ہے کہ بچہ زندہ تولد ہو۔ لیکن ایسے واقعات مندرج ہیں کہ اس میکانیہ سے ایک زندہ بچہ کی ولادت ہوئی ہے۔



تصویر ۱۳۰۔ بالذات ایولیوشن (ارتقاء) (۴)۔
دھڑ اور ٹانگیں نکل چکے ہیں، صرف عقبی بازو اور آفٹر کمنگ (پس آئند) سر باقی رہ گئے ہیں۔

اس میکانیہ کے عمل میں آنے کا سب سے زیادہ امکان توائمین میں کے دوسرے توأم کی صورت میں
ہوتا ہے، بشرطیکہ رحم زور سے اپنا فعل کر رہا ہو اور بچہ کی چھوٹی جسامت اور مادری گذرگاہ کا
خوب متسع ہونا، اس کے وقوع کے لئے مساعد حالات مہیا کرتا ہو (تصویر ۱۳۵ و ۱۳۶ و
۱۳۷ و ۱۳۸)۔

بالذات ایکسپلشن (expulsion = اخراج)۔ یہ نام اس ولادت کو دیا گیا 357
ہے جس میں بچہ دوہرا ہو کر اور اس کا سینہ اور پیلوس (حوض) باہم دب کر خارج ہوتے ہیں،
اور سر اور پاؤں آخر میں آتے ہیں۔ جسم کا اتنا نرم ہونا اور دوہرا ہو کر اتنا مضغوط ہونا جتنا
اس طرز کی ولادت کے لئے ضروری ہے، صرف پری میچور (قبل از میعاد) اور میسریٹڈ
(macerated = تطعین شدہ) جنینوں میں ممکن ہو سکتا ہے، یہی وجہ ہے کہ بالذات
ایکسپلشن (اخراج) کم دیکھنے میں آتا ہے۔ مزید بر آں اس طرز ولادت میں اور سابق الذکر
طرز ولادت میں ہمیشہ امتیاز نہیں کیا جا سکتا، اور اس امر پر زیادہ زور نہیں دیا جا سکتا کہ 358
جب چھوٹے اور نرم شدہ جنین، رحم کے زوردار فعل کے باعث مضغوط ہو کر پیلوس (حوض)
میں سے دھکیلے جاتے ہیں، تو اس وقت ٹھیک ٹھیک کس میکانیہ کے ذریعہ ولادت ہوتی
ہے۔ تمثیلی بیانات سے معتدبہ اختلافات پائے جاتے ہیں، اور اس قسم کی متعدد ولادتیں ٹھیک
ٹھیک درج کی گئی ہیں جن میں بالذات ایولیوشن (ارتقاء) اور بالذات ایکسپلشن (اخراج)
دونوں کی کچھ کچھ خصوصیات موجود تھیں (تصویر ۱۳۹)۔

یاد رکھنے کے قابل نکتہ یہ ہے کہ ان چاروں طریقوں میں سے کسی ایک کے ذریعہ
قدرتی طور پر اختتام ہو جانا ایک نہایت ہی غیر اغلب امر ہے، اور ایک متوسط الجسامت
بچہ کی صورت میں اگر وضع الحمل کچھ دیر جاری رہ چکا ہو اور خاصکر اگر اغشیہ منشوق ہو چکے
ہوں، تو ہرگز قدرتی طور پر اختتام واقع نہیں ہو سکتا۔ اس امر پر کبھی بھروسہ نہیں کرنا چاہیئے کہ
قدرتی قوتیں ولادت کو انجام دے دیں گی، لہذا وضع الحمل کے جتنا شروع میں ہو سکے،
بچہ کی لائی (افتاد) کو طولی لائی (افتاد) میں مبدل کر دینا چاہیئے۔

تشخیص

شکمی امتحان پر بہت کچھ اعتماد کرنا چاہئیے کیونکہ مذکورہ بالا اصابتیں سب سے زیادہ آسانی کے ساتھ شکمی امتحان کے طریقہ سے ہی تشخیص ہوتی ہیں ۔ اس کو ایک خوش قسمتی



تصویر ۱۳۹ ۔ بالذات ایکسپلشن (اخراج) ۔
ایک پری میچور (قبل از میعاد) یا میسریٹڈ (تطعین شدہ) جنین جس میں جسم دوہرا اور مضغوط ہو کر ولادت ہوئی ہے ۔

سمجھنا چاہئیے کیونکہ اس کی وجہ سے یہ ممکن ہو جاتا ہے کہ حمل کے خاتمہ سے قبل ہی یا وضع الحمل کے شروع میں ہی جب کہ ابھی اغشیہ غیر مشقوق ہوتے ہیں یا بچہ کا کوئی حصہ پیلویس (حوض) میں اترا ہی نہیں ہوتا ، بچہ کی ترچھی لائی (افتاد) معلوم ہو جائے ۔

معائنہ پر رحم غیر متشاکل نظر آتا ہے یعنی یہ نیچے سے عریض تر ہوتا ہے اور شکم میں اتنا بلند نہیں ہوتا کہ جتنا حمل کی مدت کا لحاظ کرتے ہوئے اس کے بلند ہونے کی توقع کیجا سکتی ہے۔ علدم تشاکل کس درجہ کا ہے، یہ زیادہ تر اس امر پر موقوف ہے کہ بچہ کی لائی (افتاد) کا ترچھا پن کس درجہ کا ہے، جتنی یہ لائی (افتاد) عرضی لائی (افتاد) کے مشابہ ہوگی رحم کی شکل میں اتنا ہی نمایاں تغیر ہوگا۔ جس کرنے پر سر پیلوک برم (حوضی گگر) میں سے غائب ہوگا لیکن الیک فوسی (حرقفی حفرتین) میں سے کسی ایک میں موجود پایا جائے گا۔ دھڑ سر سے نکل کر اوپر کی طرف اور دوسری جانب ترچھا جاتا ہے اور نرم تر بریچ (سرینوں) پر جاکر ختم ہوتا ہے۔ بریچ (سرین) سر سے دوسری جانب اور اس سے کسی قدر بلند تر لیول پر دھڑ کا گول مول سرا بناتی ہے (تصویر ۲۔۷)۔ عام طور پر سامنے کی جانب، سخت پشت کے اوپر اور کبھی کبھی اس کے نیچے، جنین کے چھوٹے چھوٹے حصے شناخت ہوں گے۔ ممکن ہے کہ پیلوک برم (گگر) پر رحم کا زیریں قطب خالی ہو اور امتحان کن انگلیوں سے کوئی تطریقی حصہ دریافت نہ ہو۔ اسی طرح یہ بھی ممکن ہے کہ فنڈس (قعر) خالی معلوم ہو یا سوائے چھوٹے حصوں کے اس میں کچھ معلوم نہ ہو۔

استماع سے کوئی ممیز شہادت حاصل نہیں ہوتی۔ حمل کے دوران میں یا وضع حمل کے شروع میں ویجائنل (مہبلی) امتحان کرنے پر تطریقی حصہ اس قدر بلند پایا جاتا ہے کہ محسوس ہی نہیں ہوتا، کیونکہ جنین کا کوئی حصہ پیلوس (حوض) میں داخل نہیں ہوا ہوتا۔ وضع الحمل کے دوران میں اغشیہ ایک مطولہ اور ساسیج لائک (sausage-like= کلمہ نما) شکل میں نکلتے ہوئے نظر آئیں گے، یہ شکل وہ اس وقت اختیار کرتے ہیں جب کہ تطریقی حصہ لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیریں قطعۂ رحمی) میں اُترا ہوا نہیں ہوتا اور عمومی درون رحمی دباؤ، فور واٹرز (forewaters= آب اول) میں بلا روک پہنچ جاتا ہے۔ بعض اوقات اس تھیلی میں بازو یا کارڈ (حبل) پرولیپسڈ (ساقط) نظر آئے گا۔ اغشیہ بالعموم جلد مشقوق ہو جاتے ہیں، اور بسا اوقات اس کے ساتھ ہی بازو کا پرولیپس (سقوط) بھی واقع ہوتا ہے، جسے تشخیص کیلئے فیصلہ کن سمجھ لینا چاہیئے۔ اگر کوئی بازو نیچے نہ آیا ہو تو شانہ کی نوک محسوس کیجا سکتی ہے، اور اکسلری فولڈ (axillary fold= بغلی دوہراؤ)، سکیپولا (scapula= عظم الکتف)، اور

پسلیاں شناخت کیجا سکتی ہیں۔ جب اغشیہ شق ہوتے ہیں اور رحم بازکشیدہ ہوکر نیچے بچہ پر دبتا ہے، تو شکمی جس دشوار ہو جاتا ہے، کیونکہ بچہ کے مختلف حصص ایک دوسرے کے ساتھ لگ کر بھنچ جاتے ہیں، اور رحمی دیوار دبیز اور سخت ہوکر بچہ کے گرد ڈھل جاتی ہے۔

تشخیص کے متعلق کچھ شک اس صورت میں پیدا ہوتا ہے جب کہ بچہ کی لائی (اقناد) نہایت ہی خفیف طور پر ترچھی ہو۔ جب سر برم (دگگر) سے اوپر نقل پذیر ہوتا ہے تو یہ معتدبہ حدتک ایک طرف کو واقع ہوتا ہے، تاہم جب وضع الحمل شروع ہوتا ہے تو یہ باآسانی پیلوس (حوض) میں اتر جاتا ہے۔ بریچ پریزنٹیشنز (سرینی تطریقات) میں خاص طور پر یہ ہوتا ہے کہ تطریقی حصہ ایک ایلیک فوسا (حرقفی حفرہ) میں اور چھوٹے حصے دوسرے ایلیک فوسا (حرقفی حفرہ) میں پائے جاتے ہیں، تاہم جب وضع الحمل کچھ دیر تک جاری رہ چکتا ہے تو بریچ (سرین) پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) میں بہت نیچے پائی جاتی ہے۔ تشخیص میں دشواری سب سے زیادہ
360 کثرت کے ساتھ اس وقت پیش آتی ہے جب کہ عرضی لائی (اقناد) میں اور بریچ پریزنٹیشن (سرینی تطریق) میں تفریق کرنی پڑتی ہے۔ اس دشواری کے پیش آنے کا زیادہ امکان اس صورت میں ہوگا کہ جب زچہ کو اتنی دیر میں دیکھا گیا ہو کہ شکمی امتحان سے سر کی وضع یقینی طور پر متعین نہ کی جاسکے، اور تشخیص کے لئے زیادہ تر ویجائنل (مہبلی) امتحان کا سہارا لینا پڑے۔ اگر شانہ تطریق کرتا ہو اور اتنا عرصہ گزر چکا ہو کہ اس پر ایک ہیجی ورم [یعنی کیپوٹ سکسیڈینیم (caput succedaneum = سابیا)] بھی بن گیا ہو، تو شانہ پر سرین کا اور اکرومین پروسس (acromion process = اُخرمی زائدہ) پر اسکیل ٹیوبراسٹی (ischial tuberosity = ورکی حدبہ) کا اشتباہ ہوسکتا ہے، اور ایکسلری فولڈ (بغل کا دہراؤ) بہت کچھ کُنج ران کے مشابہ ہوتا ہے۔ شولڈر پریزنٹیشن (کتفی تطریق) میں جن امتیازی خصوصیات کی تلاش کرنی چاہیئے، وہ پسلیاں اور سکیپولا (scapula = عظم الکتف) ہیں۔ اگر میکونیم (meconium = عقی) نکلے یا میرز اور اعضاء تناسلی یقینی طور پر شناخت ہوجائیں، تو بریچ پریزنٹیشن (سرینی تطریق) کی تشخیص طے ہوجاتی ہے۔ اگر بازو پرولیپسڈ (ساقط) ہوگیا ہو تو اس کو ٹانگ سے، ہاتھ کو پاؤں سے، اور کہنی کو گھٹنے سے تمیز کرنا چاہیئے۔

ٹانگ کو جو چیز ممتاز کرتی ہے، وہ بروز کردہ ایڑی اور میلیولائی (malleoli = ٹخنے) ہیں، اور یہ امر ہے کہ پاؤں جارحہ سے زاویۂ قائمہ پر واقع ہوتا ہے اور جارحہ کی سیدھ میں اس کی کامل بسط شدگی واقع نہیں ہوسکتی۔ اس کے خلاف، ہاتھ کی امتیازی خصوصیات یہ ہیں کہ ہاتھ کی انگلیاں پاؤں کی انگلیوں کی بہ نسبت زیادہ لمبی اور زیادہ نقل پذیر ہوتی ہیں، اور یہ کہ ہاتھ کا انگوٹھا ہتھیلی سے تبعید کیا جاسکتا یا ہتھیلی کے مقابل لایا جاسکتا ہے۔ ایک عمدہ گر یہ ہے کہ جس چیز کو ہاتھ تصور کیا جارہا ہے اس میں دو انگلیاں ڈال کر "مصافحہ" کرنے کی کوشش کی جائے۔ ہاتھ بعض اوقات انگلیوں کو گرفت کرلیتا ہے، تشخیص کا فیصلہ کرنے کیلئے اس کا لمس لیبا اوقات کافی ممیز ہوتا ہے۔ کہنی، گھٹنے سے زیادہ نوکیلی ہوتی ہے اور اتنی چوڑی نہیں ہوتی۔ کہا جاتا ہے کہ پٹیلا (patella = رضفہ) کا گھٹنے پر نقل پذیر ہونا، پٹیلا (رضفہ) کو آلیکریناں (olecranon = زُجّ) سے تمیز کرنے کا کام دیتا ہے، لیکن یہ کوئی قابل اعتماد امارت نہیں ہے، کیونکہ گھٹنے کی تطریق میں ٹانگ ران پر اس قدر مضبوطی کیساتھ خمیدہ ہوتی ہے کہ پٹیلا (رضفہ) کو بالکل حرکت نہیں دیجاسکتی۔ البتہ پٹیلا (رضفہ) زیادہ نمایاں طور پر بارز کرتا ہے، زیادہ نوکیلا ہوتا ہے، اور اسکے دونوں طرف واضح انخفاض موجود ہوتا ہے۔ اگر کچھ بھی دقت پیش آئے تو بہترین تدبیر یہ ہے کہ جارحہ کو بسط کیا جائے اور ہاتھ یا پاؤں کو امتحان کے لئے نیچے لایا جائے۔ دشواری پیش آنے کی صورت میں مریضہ کو این استھٹائز (اعدام حس) کرلینا چاہیے اور پیلوس (حوض) کا پوری طرح استقصاء کرنا چاہیئے، جس کے لئے اگر ضرورت ہو تو سارا ہاتھ ویجائینا (مہبل) میں ڈالا جاسکتا ہے۔ اس مشورہ کی اہمیت پر ہم جتنا بھی زور دیں کم ہے، کیونکہ یہ امر شاذ نہیں ہے کہ شانہ پر بریچ پریزنٹیشن (سرینی تطریق) کا دھوکا ہوکر ماں اور بچہ کے لئے تشویشناک خطرہ پیدا ہوجاتا ہے۔

انذار

ماں کے لئے، باقی تطریقات کی بہ نسبت شولڈر پریزنٹیشنز (کتفی تطریقات) میں انذار زیادہ تشویشناک ہوتا ہے، لیکن جتنا جلد یہ کیفیت شناخت ہو اور جتنا جلد لائی (افتاد) کی اصلاح کرلی جائے اتنا ہی انذار بہتر ہوتا ہے۔ جیسا کہ تمام میلپریزنٹیشنز

(تطریقات ناقص) میں ہوتا ہے، اس میلپریزنٹیشن (تطریقِ ناقص) کو پیدا کرنے والا سبب
بجائے خود ولادت کی دشواری میں اضافہ کر دیتا ہے۔ پیچیدگیاں عام ہوتی ہیں، اور
اصابتوں کی ایک معتدبہ تعداد میں اندرونی دست ورزی کی ضرورت ہوتی ہے جس سے
مادری نرم حصوں کی سرایت زدگی اور نقصان کے خطرات بڑھ جاتے ہیں۔ منفول شولڈر 361
پریزنٹیشنز (کتفی تطریقات) ہمیشہ اندیشہ ناک ہوتی ہیں۔ آبسٹرکٹڈ (مسدود) وضع الحمل
کے تمام خطرات موجود ہوں گے، کہ جن میں لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیرین قطعۂ رحمی) کے بیش
تمدد سے رحم کے انشقاق کے خطرہ بھی شامل ہے اور جہاں تک بچہ کا تعلق ہے یہ ایک عام واقعہ
ہے کہ دباؤ سے پلیسنٹل (مشیمی) دوران خون کی تقلیل واقع ہو کر بچہ کی موت ہو جاتی ہے۔
لہذا بچوں کے لئے انذار تشویشناک ہے اور ان کی ایک بہت بڑی تعداد مردہ تولد ہوگی۔
عرضی لائز (افتادوں) میں جنینی اموات کے عام اسباب یہ بھی ہیں، امبلائکل کارڈ (حبل السری)
کا پرولیپس (سقوط)، بچہ کا پری میچور (قبل از میعاد) ہونا، اور ورشن (گردش) کے بعد
آفٹر کمنگ (پس آئند) سر کی ولادت میں تاخیر ہونا۔

علاج

چونکہ معمولی حالات میں قدرتی ولادت کی توقع نہیں کی جا سکتی، اس لئے بچہ کی ترچھی
لائی (افتاد) کو طولی میں مبدل کر دینا چاہیئے۔ اگر زچہ کو بہت شروع میں دیکھا جائے تو
شاید بیرونی ورشن (گردش) کے ذریعہ یہ تبدیلی کرنا ممکن ہو (تصویر ۱۴۰)۔ اگر اس
(فم) اتنا متسع ہے کہ اس میں دو انگلیاں سما سکتی ہیں، اور بچہ کا کوئی حصہ پرولیپسڈ (ساقط)
نہیں ہوا، اور کافی لائکر ایمینائی (رحل) موجود ہے، تو بائی پولر پوڈالک ورشن (bipolar
podalic version = قطبینی قدمی گردش) عمل میں لائی جانی چاہیئے (دیکھو صفحہ 654) اگر
وضع الحمل اس حد تک ترقی کر چکا ہے کہ اتساع کی تکمیل کے لئے سروکس (عنق) میں ایک ہاتھ
ڈالا جا سکتا ہو، لیکن اس حد تک ترقی نہیں کی ہو کہ رحم مضبوطی سے بچہ پر باز کشیدہ ہو گیا ہو تو
اندرونی ورشن (گردش) کرنی چاہیئے (دیکھو صفحہ 657) اور ایک ٹانگ کو نیچے لا کر برتیج

(سیزیئنوں) کے طور پر ولادت کی تکمیل کرنی چاہیئے۔ اگر معاملہ اس حد تک بڑھ چکا ہے کہ سلامتی کے ساتھ ورشن (گردش) کرنی ناممکن ہو تو اس فانہ کو توڑنے کے لئے جو سر اور دھڑ کے آگئے شانہ ہونے سے بنتا ہے اور جو پیلوک برم (حوضی گگر) میں مضبوطی سے پھنسا ہوتا ہے ہمارے پاس صرف ایک ہی ذریعہ یعنی ڈی کیپٹیشن (decapitation = قطع الراس) رہ جاتا ہے (دیکھو صفحہ 686)۔

اگر شولڈر پریزنٹیشن (کتفی تطربق) کو حمل کے دوران میں شناخت کرلیا جائے تو لائی (افتاد) کو درست کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے اس طرح کہ اس سے ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطربق) پیدا ہوجائے۔ اس سے بچہ اور ماں خطرہ میں نہیں پڑتے اور بالعموم انہیں کوئی دقت بھی پیش نہیں آتی۔ مصیبت یہ ہے کہ اس میلپریزنٹیشن (تطربق ناقص) کے دوبارہ ہوجانے کا اندیشہ ہے۔ لہٰذا بغور تحقیق کرنی چاہیئے کہ رحمی ترچھاپن کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض)، یا کوئی اور سبب تو موجود نہیں ہے۔ بشرط امکان ان اسباب کا ازالہ کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے، یا کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی صورت میں، پیچیدگی کا تدارک کرنے کے لئے علاج میں رد و بدل کردینا چاہیئے، یعنی پری میچور (قبل از میعاد) وضع الحمل کا انڈکشن (induction = امالہ) یا اختتام میعاد پر سیزرین سکشن (شکاف قیصری) کردینا چاہیئے۔ ہر اس اصابت میں جس میں عرضی لائی (افتاد) درست کی گئی ہو، آغاز وضع الحمل تک بار بار امتحان کرنے کی ضرورت پیش آئے گی، یہ معلوم کرنے کے لئے کہ میلپریزنٹیشن (تطربق ناقص) عود تو نہیں کر آئی۔ دست ورزی کے ذریعہ سر کو پیلوک برم (حوضی گگر) کے اوپر لانا چاہیئے اور الیک فوسی (iliac fossæ = حرقفی حفرتین) میں اور رحم کے اطراف میں باحتیاط روئی کی گدیاں دے کر اس کے اوپر ایک مضغوط پٹی باندھ دینی چاہیئے۔ اس سے لائی (افتاد) کو آغاز وضع حمل تک طولی رکھنے میں مدد ملتی ہے۔

اگر یہ بیرونی قیفالک ورشن (cephalic version = راسی گردش) ناکام رہے، یا شولڈر پریزنٹیشن (کتفی تطربق) عود کر آئے، تو جوں ہی کہ وضع الحمل شروع ہو ایک اور سعی کرنی چاہیئے۔ اس وقت یوٹرائن کانٹریکشنز (رحمی انقباضات)، بچہ کے محور طویل کو پیلوس (حوض) کے محور طویل میں قائم رکھنے میں مدد دیتے ہیں۔ لیکن اگر یہ مدد نہ کریں اور 362

اغشیہ کی تھیلی ابھی صحیح و سالم ہو تو بہتر ہے کہ کسی اندرونی دست ورزی کا اقدام نہ کیا جائے بلکہ اس سے پہلے اتنے اتساع کا انتظار کیا جائے کہ جس سے دو انگلیوں کی گنجائش ہو جائے۔ اغشیہ کی تھیلی، اس وقت جب کہ کوئی تقریبی حصہ اس کا موثر بدل نہ ہو، ایک موسع کی حیثیت سے نہایت ہی قابل قدر چیز ہے اور امبلائکل کارڈ (حبل السری) کے پرولیپسڈ (ساقط) ہو جانے کا خطرہ بچہ کے لئے نہایت ہی تشویشناک ہے، لہذا یہ بہتر ہے کہ اندرونی دست ورزی



تصویر ۱۴۱۔ ایک ترچھی لائی (افتاد) کو بیرونی دست ورزی کے ذریعہ درست کرنا۔ بایاں ہاتھ بچہ کے جسم کو اٹھاتا ہے اور بریچ (سرینوں) کو فنڈس (قعر) کی جانب دھکیلتا ہے۔ دایاں ہاتھ سر کو پیلوک برم (حوضی لگن) میں نیچے کو دباتا ہے۔

کر کے قبل از وقت انشقاق کے خطرے میں نہ پڑا جائے۔ البتہ جب اتنا اتساع ہو جائے کہ دو انگلیوں کی گنجائش ہو تو پھر ایک چارۂ کار تو یہ ہے کہ فی الفور بائی پولر پوڈالک ورژن

(bipolar podalic version= قطبینی قدمی گردش) سر انجام دینی شروع کردی جائے، یا دوسرا طریقۂ کار یہ ہے کہ جب تک کہ اندرونی ورشن (گردش) انجام دینے کے لئے آس (فم) کافی متسع نہ ہو جائے اس وقت تک انتظار کیا جائے۔ آخر الذکر طریقۂ کار کو ترجیح دینی چاہیئے بشرطیکہ تیمار دار کہیں پاس رہ سکتا ہو اور اغشیہ شق ہونے کی صورت میں وہ فی الفور مداخلت کرنے کے لئے تیار ہو۔ اگر اغشیہ جلد شق ہو جائیں تو شاید بائی پولر ورشن (قطبینی گردش) کرنا ہنوز ممکن ہو بشرطیکہ ان کے انشقاق کے فوراً بعد کوشش عمل میں لائی جائے۔ برخلاف اس کے اگر تھیلی اتنی دیر تک صحیح وسالم رہے کہ اندرونی ورشن (گردش) کرنا ممکن ہو تو اس صورت میں ایک مزید فائدہ یہ حاصل ہو گا کہ بچہ کو پھرانے میں زیادہ آسانی ہو گی اور پیچیدگیوں سے بچاؤ ہو جائے گا۔ اگر اغشیہ شق ہو جائیں لیکن اتنا اتساع ہوا ہو کہ رحم میں ہاتھ جا سکے یا آس (فم) کو ہاتھ کے ذریعہ کشادہ کر کے ہاتھ داخل کیا جا سکے، تو اس صورت میں آس (فم) کو کشادہ کرنے کے لئے چیمپیٹر ڈی ربز (Champetier de ribes) کا تھیلا داخل کر دینا چاہیئے اور جوں ہی کہ یہ تھیلا خارج ہو ورشن (گردش) عمل میں لانی چاہیئے۔ اگر آس (فم) جزوی طور پر کشادہ اور نرم ہو تو شاید انگلیوں کے ذریعہ تان کر اتساع کو زیادہ کیا جا سکتا ہے، اور ہاتھ کو رحم میں احتیاط کے ساتھ داخل کر کے ایک پاؤں کو نیچے لایا جا سکتا ہے۔ جب بازو پرولیپسڈ (ساقط) ہوتا ہے تو بالعموم اتنا اتساع موجود ہوتا ہے کہ رحم میں ہاتھ ڈال کر ورشن (گردش) انجام دی جا سکتی ہے۔ اگر اتنا اتساع موجود نہ ہو تو پرولیپسڈ (ساقط شدہ) بازو کو اپنی جگہ بحال کرنا چاہیئے اور ایک چیمپیٹر ڈی ربز کا تھیلا آس (فم) میں داخل کر دینا چاہیئے اور جوں ہی کہ یہ تھیلا خارج ہو اندرونی ورشن (گردش) انجام دینی چاہیئے۔

اُن مشغول شولڈر پریزنٹیشنز (کتفی تطریقات) میں کہ جن میں امپکیشن (انغراز) ہو، ڈی کیپی ٹیشن (قطع الراس) ضروری ہو جاتا ہے۔ خوش قسمتی سے ایسی اصابتیں شاذ ہیں۔ انہیں لائیگر امینائی (ڈھیل) بہ جاتا ہے، اپر یوٹرائن سگمنٹ (رحم کا بالائی قطعہ) بچہ پر بازگشیدہ ہو جاتا ہے اور مرتخی ہوتا محسوس نہیں ہو سکتا اور شکمی جس پر جنینی حصص پہچانے نہیں جا سکتے۔ لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیرین قطعۂ رحمی) خطرناک حد تک پتلا ہو جاتا ہے، اس حد تک کہ

ورشن (گردش) کی کوششوں سے بآسانی انشقاق واقع ہو سکتا ہے۔ جنین کے شانے اور سر پیلوک برم (حوضی گگر) میں اس مضبوطی سے فانہ صورت ٹھسے ہوتے ہیں کہ ان کو ہلایا نہیں جا سکتا،



تصویر ۱۴۱۔ مغفول شولڈر پریزنٹیشن (کتفی تطریق)۔ امپکشن (انغراز)۔
شانہ اور بازو فانہ کا راس بناتے ہیں اور برم (گگر) میں ٹھسے ہوئے ہیں۔ ایکطرف سر اور گردن اور دوسری طرف دھڑ، فانہ کے اطراف بناتے ہیں۔ لائیکر امینائی (رحل) پھٹ کر نکل جاتا ہے۔ اپر یوٹراین سیگمنٹ (بالائی قطعۂ رحمی) بچہ پر ڈھل جاتا ہے اور لوئر سیگمنٹ (زیرین قطعہ) پتلا ہو جاتا ہے۔

اور پرولیپسڈ (ساقط شدہ) ہاتھ، وریدی خون کی واپسی میں مداخلت کی وجہ سے دھندلا اور متورم ہو جاتا ہے۔ ایسی مثالوں میں بچہ ہمیشہ مردہ ہوتا ہے، جو اگر امبلائکل کارڈ (حبل سری) کے پرولیپس (سقوط) کا نتیجہ نہ ہو تو مسلسل دباؤ اور پلیسنٹل (مشیمی) دوران خون میں مداخلت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ لہٰذا ہمیں صرف ماں کی زندگی کا خیال کرنا چاہیے، اور ولادت کا سادہ ترین اور سب سے کم خطرناک طریقہ اختیار کرنا چاہیے اور وہ بھی بلا تاخیر، کیونکہ لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیرین قطعۂ رحمی) کی بیش تمدیدگی کے باعث اس کے شق ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ ان حالات میں ایک تیز ہک (hook = خطاف) یا قینچی (دیکھو صفحہ 686) کے ذریعہ گردن کو کاٹ کر ڈی کیپی ٹیشن (decapitation = قطع الراس) کر دینا چاہیے، تاکہ امپیکٹنگ (impacting = انغرازی) فانہ ٹوٹ جائے۔ سر کو اوپر دھکیلنا چاہیے، دھڑ کی ولادت کرانے کے لئے بازو پر ٹریکشن (جر) عمل میں لانا چاہیے اور پھر ڈی کیپی ٹیٹڈ (decapitated= قطع کردہ) سر کی ولادت کرا دینا چاہیے (دیکھو صفحہ 687)۔

گو کہ معقول شولڈر پریزنٹیشنز (کتفی تطریقات) میں ورشن (گردش) کی خلاف مصلحت کوششوں سے رحم کے مشقوق ہو جانے کا خطرہ ہے، تاہم کتب نصابیہ اور معلمین کا شاید یہ میلان رہا ہے کہ وہ اس خطرہ پر ضرورت سے زیادہ زور دیتے ہیں، اور ہر اس اصابت میں جس میں زچہ کا مدت سے وضع الحمل ہو تا رہا ہو ورشن (گردش) کے پرخطر ہونے کے متعلق طالب علم کے ذہن پر ایک مبالغہ آمیز نقش قائم کرتے ہیں۔ مثلاً امتحان کے موقعہ پر اگر امیدواروں سے یہ سوال کیا جائے کہ اس زچہ کا علاج کیا ہے جس کو بارہ گھنٹہ سے وضع حمل ہو رہا ہو اور جس میں بازو پرولیپسڈ (ساقط شدہ) ہو، تو وہ ورشن (گردش) کی رائے دینے اور ڈی کیپی ٹیشن (قطع الراس) کی سفارش کرنے میں تامل سے کام لیں گے، کیونکہ ان کے معلمین رحم کے انشقاق کے خطرہ پر بہت زور دیتے ہیں۔ حقیقت میں توقعات یہ ہیں کہ ۱۲ گھنٹہ کے بعد ورشن (گردش) بآسانی انجام دی جا سکتی ہے، اور احتیاط کے ساتھ کی جائے تو بغیر کسی خطرہ کے انجام دی جا سکتی ہے۔ اگر رحم زوردار کانٹریکشن (انقباض) کی حالت میں رہا ہے اور اس اثنا میں وضع الحمل میں سرعت کے ساتھ ترقی ہوتی رہی ہے، تو ممکن ہے شانہ پہلے ہی سے پیلوس (حوض) کی برم (کگر) میں اس مضبوطی سے

ام پیکیڈ (مغروز) ہو کہ ورشن (گردش) کا استعمال سلامتی کے ساتھ نہ ہو سکے لیکن واقعات کی
ایک بھاری کثرت میں یہ صورت حال موجود نہیں ہوتی۔ اگر ورشن (گردش) صحیح طور پر
انجام دی جائے تو یہ ایک سادہ عملیہ ہے' اور اس میں وہ دقت نہیں ہے کہ جو ڈی کیپی ٹیشن
(قطع الراس) میں اس وقت جبکہ شانہ بلندی پر ہو اور بچہ کا سر اس کے ساتھ لگ کر مضبوطی
سے بھنچا ہو' گردن کو کاٹنے میں پیش آتی ہے' نیز اس میں مثانہ یا دیگر مادری نرم حصص کے تفرد
کا بھی کوئی خطرہ نہیں ہے۔ لہذا اس پر غور کرنا خالی از فائدہ نہ ہوگا کہ وہ کونسے امور ہیں کہ
جن پر ورشن (گردش) کی کوشش کا قرین مصلحت یا خلاف مصلحت ہونا منحصر ہے۔

365 یہ امر کہ زچہ کو وضع حمل ہوئے کتنا عرصہ گذرا ہے کوئی معیار نہیں ہے۔ جو کچھ اوپر
بیان کیا جا چکا ہے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ فیصلہ کن امر رحم کی فعالیت ہے۔ اگر شکمی
امتحان پر دردوں کے درمیان رحم مرخی پایا جائے اور جنینی قلب سنا جائے' تو ورشن
(گردش) ممکن ہونی چاہیئے۔ کامل اینستھیسیا (عدم حسیت) پیدا کرنا چاہیئے' ان حالات
میں اگر پہلے سے مارفیا ($\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$ گرین) کا اشراب کیا جائے تو مکمل ارتخاء پیدا کرنے میں
مدد ملتی ہے۔ پھر وہ بجائنا (مہبل) میں سارا ہاتھ ڈال دینا چاہیئے اور اس کو رحم کے اندر
داخل کرنے کی آزمائشی کوشش کرنی چاہیئے اس غرض سے کہ شانہ کو دھکیل کر ایک ٹانگ کو
پکڑ لیا جائے۔ اگر ان کوششوں سے رحمی کانٹریکشن (انقباض) واقع ہوا اور حرکت دہی
کی کوشش کرنے پر ہاتھ کو رحم گرفت کرلے تو ظاہر ہے کہ ورشن (گردش) جاری رکھنا خطرناک
ہوگا۔ اگر ہاتھ رحم کے اندر داخل ہو سکتا ہے لیکن جب کسی پاؤں کو نیچے گھسیٹ لانے کی
کوشش کی جاتی ہے تو رحم منقبض ہوتا اور تبدیل وضع کی مزاحمت کرتا محسوس ہوتا ہے' تو
اس سے بھی یہ ثابت ہوتا ہے کہ اصرار کرنے میں خطرہ ہے' اس صورت میں ڈی کیپی ٹیشن
(قطع الراس) کو ترجیح دینی چاہیئے۔ لیکن برخلاف اس کے' اگر مارفیا اور کلوروفارم
(chloroform) سے ارتخاء پیدا ہونے کے بعد ہاتھ کے بلا مزاحمت داخل ہونے کا
امکان ہوا اور پاؤں پر ٹریکشن (جرّ) کرنے سے رحم منقبض نہ ہو اور جنین کو گرفت نہ کرے
تو ورشن (گردش) عمل میں لانی چاہیئے قطع نظر اس بات کے کہ زچہ کو وضع الحمل ہوتے کتنی
مدت گذری ہے۔ غیر ضروری قوت استعمال کئے بغیر' پاؤں پر ٹریکشن (جرّ) جاری رکھنا چاہیئے

اور ساتھ ہی ساتھ سر کو ایک فوسا (حرقفی حفرہ) سے اوپر دھکیلنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔ ان مثالوں میں ایک نہایت ہی مفید طریقہ یہ ہے کہ پاؤں کو ایک فیتا باندھ دیا جاتا ہے، اس سے ایک ہاتھ سے تو بیرونی ٹریکشن (جر) عمل میں لایا جا سکتا ہے اور دوسرے ہاتھ سے اندرونی طور پر شانہ کو اوپر دھکیلا جا سکتا ہے جیسا کہ صفحہ 661 پر بیان کیا گیا ہے۔ اس طور پر لگاتار ٹریکشن (جر) عمل میں لانے سے بالعموم چند ہی منٹ میں سر اوپر کو حرکت کرتا محسوس ہوگا۔ اگر ایسا ہوتا محسوس نہ ہو، تو کچھ دیر انتظار کرنے کے بعد دوبارہ کوشش کرنی چاہیئے۔ اگر پھر بھی سر اوپر کو نہ جائے تو پھر یہی بہتر ہے کہ ڈی کیپی ٹیشن (قطع الراس) کر دیا جائے اور بچہ کو بزور گھمانے کی کوشش نہ کی جائے۔ کیونکہ ظاہر ہے کہ رحم بچہ کو گرفت کئے ہوئے ہے اور گو کہ جبر اس مزاحمت پر غالب آسکتا ہے، لیکن جبر کا استعمال کرنا یقیناً انشقاق کا موجب ہوگا۔ اگر آبسٹرکٹڈ (مسدود) وضع الحمل کی امارات (دیکھو صفحہ 437) عیاں ہوں تو اس کے سوا کوئی چارہ نہیں رہتا کہ ڈی کیپی ٹیشن (قطع الراس) کر دیا جائے۔

پیچیدہ تطریقات

کسی ورٹکس پریزنٹیشن (راسی تطریق) کے ہمراہ اگر جوارح کا پرولیپس (سقوط) ہو، تو یہ "پیچیدہ پریزنٹیشن (تطریق)" کہلاتا ہے۔ عام طور پر ہاتھ نیچے آتا ہے، شاذ طور پر پاؤں اور بہت ہی شاذ طور پر ہاتھ اور پاؤں نیچے آتے ہیں۔

پیچیدہ پریزنٹیشن (تطریق) کی عام ترین شکل یہ ہے کہ سر کے پہلو بہ پہلو بازو نیچے
آجائے۔ یہ شکل تقریباً ان ہی حالات میں پیدا ہوتی ہے کہ جن میں امبلائکل کارڈ (حبل السری)
کا پرولیپس (سقوط) واقع ہوتا ہے، یعنی اس وقت جب کہ سر چھوٹا ہو اور پیلوس (حوض) بڑا 366
ہو، یا کانٹریکٹڈ پیلوس (حوض منقبض) ہیں یا اس وقت جبکہ نمایاں رحمی ترچھا پن موجود ہو، اور ان
باقی مثالوں میں کہ جن میں سر برم (دگر) میں ٹھیک نہیں بیٹھتا اور ہاتھ کے نیچے آنے کے لئے جگہ
رہ جاتی ہے۔

علاج

اِن مثالوں میں علاج یہ ہے کہ این ایستھیسیا (عدم حسیت) کے تحت بازو کو اپنی جگہ پر بحال کر دیا جائے۔ ویجائنا (مہبل) میں سارا ہاتھ ڈال دینا چاہیئے اور پرولیپسڈ (ساقط) ہاتھ کو دھکیل کر سر کے سامنے اور اس کے بڑے سے بڑے قطر سے اوپر لیجانا چاہیئے، پھر سر کو نیچے برم (لگر)



تصویر ۱۴۲۔ پیچیدہ پریزنٹیشن (تطریق)۔
بازو کا پرولیپس (سقوط) ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) ہیں۔

میں دبانا چاہیئے۔ ساتھ ہی ساتھ پرولیپس (سقوط) کے اسباب کی تحقیق کرنی چاہیئے اور جو کچھ دریافت ہو اس کے لحاظ سے وضع الحمل کا انصرام کرنا چاہیئے۔ اگر سر چھوٹا اور پیلوس (حوض) کشادہ ہے تو سر کے گذرنے کے لئے بہت جگہ ہوتی ہے خواہ اس کے ہمراہ بازو بھی کیوں نہ چلا آئے۔ ایسی مثالوں میں ممکن ہے کہ شانوں کی پیش تدویر واقع ہو جائے اور آکسیپٹ (قذال) پھر کر داہنی طرف

پہلی وضع میں یا بائیں طرف دوسری وضع میں چلا جائے۔ اگر رحمی ترچھا پن موجود ہو تو اس کو درست کر دینا چاہیے، اور ایک مضبوط بائنڈر (binder = شکم بند) باندھ دینا چاہیے اور زچہ کو اس کروٹ لٹا دینا چاہیے جو فنڈس (قعر) سے مخالف جانب ہو۔ اگر پیلوس (حوض) کانٹریکٹڈ (منقبض) ہے تو بازو غالباً دوبارہ پرولیپسڈ (ساقط) ہو جائے گا۔ اس صورت میں جوں ہی کہ کافی اتساع ہو جائے ورژن (گردش) انجام دینی چاہیے اور بریچ (سرینوں) کے بل ولادت کرانی چاہیے۔



تصویر ۱۴۳۔ پیچیدہ پریزنٹیشن (تطریق)۔
پاؤں کا ونگس (قمہ) کے ہمراہ تطربق کرنا۔

اگر پرولیپس (سقوط) دریافت نہ ہو یہاں تک کہ سر پیلوس (حوض) کی کیویٹی (کہفہ) میں آجائے، اور ورشن (گردش) ناممکن ہو اور مزید تقدم رک جائے، تو اس صورت میں بازو کو

پیلوس (حوض) کے اس حصہ میں دھکیلنا چاہیئے جہاں اس کے لیے سب سے زیادہ گنجائش ہو۔ پھر سر پر فارسیپز (کلاب) لگانا چاہیئے اور ٹریکشن (جر) عمل میں لاتے وقت بازو کو اوپر روکے رکھنا چاہیئے۔ یہ امر کہ سر اور بازو پیلوس (حوض) میں اکھٹے داخل ہو سکے تھے ظاہر کرتا ہے کہ سر اور پیلوس (حوض) کے درمیان جسامت کے لحاظ سے کوئی زیادہ عدم مطابقت نہیں لہٰذا ولادت میں کوئی دشواری پیش آنے کا اندیشہ نہیں ہے۔

سر کے ہمراہ پاؤں کی تطریق ہونے کی مثالوں میں پہلے یہ متحقق کرنا چاہیئے کہ یہ پاؤں ہی ہے ہاتھ نہیں ہے۔ جب بالکل یقین ہو جائے کہ اس میں کوئی غلطی نہیں ہے تو پاؤں پر ٹریکشن (جر) عمل میں لا کر اور سر کو اوپر دھکیل کر پریزنٹیشن (تطریق) کو فٹ لنگ (footling = قدمی) میں تبدیل کر دینا چاہیئے اور بریچ (سرینوں) کے بل ولادت کرانا چاہیئے۔ ان مثالوں میں جن میں سر نیچے کر کے واقع ہو (جیسا کہ اوپر کی تصویر میں ہے) ایک سادہ تر کاروائی یہ ہے کہ سر کو فارسیپز (کلاب) لگایا جائے اور ٹریکشن (جر) کرتے وقت پاؤں کو پیچھے دھکیلا جائے۔ اگر دونوں ہاتھ اور دونوں پاؤں اکھٹے نیچے آ گئے ہوں تو ایک ٹانگ نیچے لانی چاہیئے۔

باب سی و دو

ملٹیپل پرگیننسی (MULTIPLE PREGNANCY=عدید حمل)

اگر استقرار حمل کے نتیجہ میں دو یا دو سے زیادہ جنین نمو یاب ہو جائیں تو اس حالت کو ملٹیپل پرگیننسی (عدید حمل) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ توام، ٹرپلیٹز (triplets = ثلاثی بچے) قواڈروپلیٹز (quadruplets = رباعی بچے) سب پائے جاتے ہیں، ایک ولاوت میں پانچ جنین ہونا بیان کیا گیا ہے لیکن ایسا وقوع شاذ ترین ہے۔

توام نسبتہً زیادہ کثرت سے تولد ہوتے ہیں، مختلف ممالک میں ان کی تعداد اختلاف پذیر ہے، لیکن ان کی اوسط تقریباً ۸۰ وضع الحملوں میں ایک کی ہے۔ بالعموم، جتنی کوئی قوم زیادہ بار آور ہوتی ہے اتنے ہی اس میں زیادہ توامی حمل پائے جاتے ہیں۔

اس کے خلاف ٹرپلیٹز (triplets= ثلاثی بچے) نہایت ہی شاذ ہوتے ہیں، اور ۶۰۰۰ وضع الحملوں میں صرف ایک مرتبہ تولد ہوتے ہیں۔ توام اور ٹرپلیٹز (ثلاثی بچے) بالعموم زندہ تولد ہوتے ہیں، اول الذکر بعد بھی زندہ رہتے ہیں اور ممکن ہے آخر الذکر بھی بعد زندہ رہ جائیں لیکن قواڈروپلیٹز (رباعی) بہت کم زندہ بچتے ہیں، اور قونٹوپلیٹز (quintuplets = خماسی بچے) تو ہمیشہ بری میچور (قبل از میعاد) وضع حمل یا ایبارشن (اسقاط حمل) کا سبب ہو جاتے ہیں ۔ ۱۹۳۴ء میں کینیڈا میں ایک واقعہ پیش آیا کہ جس میں پانچوں کے پانچوں بچے زندہ رہ گئے۔

اسباب ۔ کچھ شہادت پائی جاتی ہے جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ تواموں کی تکوین ممکن ہے ایک موروثی رجحان ہو ۔ یہ رجحان زیادہ تر اناث کی وساطت سے معرض ظہور میں آتا ہے، لیکن اس امر کے ثبوت میں بھی شہادت موجود ہے کہ تواحی حمل میں ذکور کو بھی کچھ دخل ہو سکتا ہے ۔ چنانچہ ایسے خاندان ہوئے ہیں کہ جن میں متعدد بھائیوں کے ہاں توام تولد ہوئے ہیں ۔ علاوہ بریں ایک ہی مرد کے ہاں مختلف بیویوں سے توائم تولد ہونا بھی معلوم ہے ۔

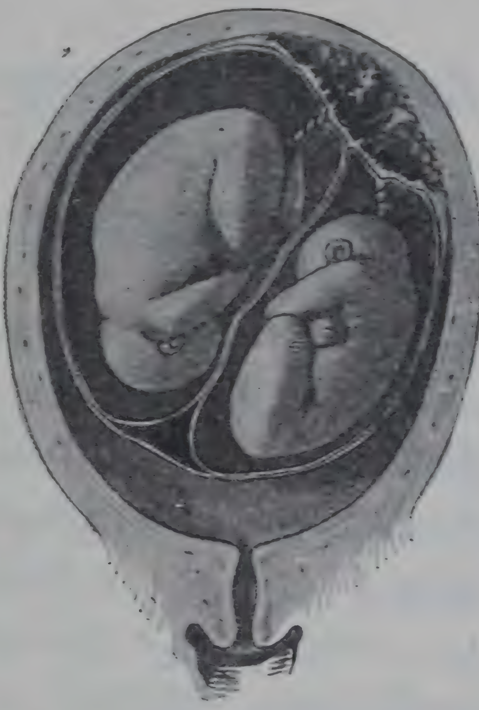
توام زیادہ کثرت کے ساتھ پہلے حمل میں پائے جاتے ہیں، اور عورت کا پہلے حمل میں توام پیدا کرنے کا رجحان، اس کی عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتا ہے ۔

انواع ۔ توام، بنوولر (binovular = دو بیضی) یا یونی اوولر (uniovular = یک بیضی) کہلاتے ہیں ۔

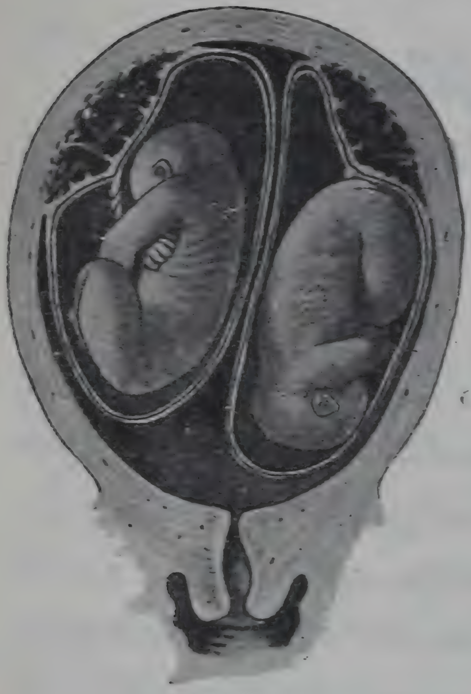
بنوولر (دو بیضی) توام، دو اووا (بیضوں) سے نمویاب ہوتے ہیں، ممکن ہے یہ دونوں اووا (بیضے) ایک ہی اووری (بیض) سے خارج ہوئے ہوں یا دونوں الگ الگ اووریز (مبیضوں) سے نکلے ہوئے ہوں ۔ مذکورہ بالا امر بعد الموتی انکشافات سے ثابت ہوا ہے، ان یا یہ امر کہ اووا (بیضے) کہاں سے خارج ہوئے ہیں کارپورا لوٹیا (corpora lutea = اجسام اصفر) کے محل وقوع سے معلوم ہوتا ہے ۔ یہ ضروری ہے کہ دونوں اووا (بیضے) تقریباً ایک ہی وقت پر خارج ہوں، اور ایک ہی مجامعت سے بارور ہوں (دیکھو "حمل علی الحمل" صفحہ 372) ۔ اس قسم
کے تواموں کے متعلق اندازہ لگایا گیا ہے کہ یہ یونی اوولر (یک بیضی) تواموں سے چھ یا آٹھ گنا زیادہ 369
کثرت سے پائے جاتے ہیں ۔ بچے ایک ہی صنف یا مختلف صنفوں کے ہوتے ہیں ۔

تشریحی نقطۂ نظر سے، بنوولر (دو بیضی) توام واضح امتیازی خصوصیات رکھتے ہیں ۔ چونکہ یہ جداگانہ اووا (بیضوں) سے نمویاب ہوتے ہیں، لہٰذا ان کے پلیسنٹی (placentæ = مشیمات) اور اغشیہ بھی جداگانہ اور متمیّز ہوتے ہیں، یعنی پلیسنٹی (مشیمات) قطعاً جدا جدا ہوتے ہیں، اور ہر جنین کا اپنا ذاتی ایمنیان (amnion = انفس) اور کوریان (chorion = سلیٰ) ہوتا ہے ۔ مزید براں شروع میں، ہر جنین کا اپنا ڈسڈوا کیپولیرس (عشار ساقط کبسوی) ہوتا ہے، لیکن ختم المیعاد پر جب کوریانک (سلوی) تھیلے باہم متماس ہوتے ہیں تو بالعموم اکس

ڈسڈ وا کیپولیرس (غشاء ساقط کیپوی) کا کوئی شائبہ نہیں پایا جاتا۔ چنانچہ اس جگہ جہاں تھیلے باہم متماس ہوتے ہیں، اغشیہ کی چار تہیں پائی جاتی ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ کوریانک (سلوئی) تھیلوں کی سطحیں باہم گھُل مل کر زائل ہو جاتی ہیں، اور حمل کے ختم پر صرف ایک کوریان (سلی) رہ جاتا ہے، جس میں ایمنیاٹک کیوٹیز (amniotic cavities = انفسی کہفے) ملفوف ہوتی ہیں، جو ہمیشہ



تصویر ۱۴۴۔ یونی اوولر (یک بیضی) توام جو کہ دو نواتوں والے واحد اووم (بیضہ) سے نمو یاب ہوئے ہیں۔ ایک پلیسنٹا (مشیمہ)، دو ایمنیان (انفس)، اور ایک کوریان (سلی) موجود ہے۔



تصویر ۱۴۵۔ بئوولر (دو بیضی) توام۔ پلیسنٹی (مشیمے) جدا ہیں اور ہر جنین اپنا جدا گانہ کوریان (سلی) اور ایمنیان (انفس) رکھتا ہے۔

ممیز رہتی ہیں (تصویر ۱۴۵)۔

ایسی مثال میں اگر پلیسنٹی (مشیمات) کا معائنہ کیا جائے تو توام کی بئوولر (دو بیضی)

نوعیت دیکھی جا سکتی ہے۔ کیونکہ پلیسنٹی (مشیمات) بالکل الگ رہتے ہیں، اور دونوں کے عروق دموی کے درمیان کوئی تعلق نہیں ہوتا۔

بنوولر (دو بیضی) تواموں کا وزن اور درجۂ نمو تقریباً ایک جیسا ہوتا ہے، اور بالعموم توام تندرست ہوتے ہیں۔ ختم میعاد پران کی ولادت، اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ ہوتی ہے 370
کہ جتنی یونی اوولر (یک بیضی) تواموں کی صورت میں ہوتی ہے۔ بچے ایک ہی صنف یا مختلف صنفوں کے ہوتے ہیں۔

یونی اوولر (یک بیضی) توام ایک ہی اووم (بیضہ) سے نمو یاب ہوتے ہیں اور اس اووم (بیضہ) میں (۱) دو نواۃ ہوتے ہیں (۲) یا واحد نواۃ ہوتا ہے جو فرٹلائزیشن (fertilization = بارور ہونے) کے بعد دو بلاسٹوڈرمز (blastoderms = نموضی ادموں) میں منقسم ہو جاتا ہے [حمائل توام]۔

اگر یہ یونی اوولر (یک بیضی) توام، دو نواتوں والے واحد اووم (بیضہ) سے نمو یاب ہوئے ہوں تو ان کے ساتھ صرف ایک کوریان (سلی) اور ایک ہی پلیسنٹا (مشیمہ) موجود ہوتا ہے، البتہ دو جداگانہ ایمنیاٹک سیکز (amniotic sacs = انفسی تھیلے) موجود ہوتے ہیں۔ پلیسنٹا (مشیمہ) اول اول دوہرا ہوتا ہے، لیکن بعد ازاں اس درجہ متحد ہو جاتا ہے کہ اسکے توسط سے دونوں جنینوں کے عروق کے درمیان کچھ نہ کچھ مواصلت پائی جاتی ہے۔ گویا پلیسنٹا (مشیمہ) کا ایک رقبہ تو ایسا ہوتا ہے جو ہر جنین کے ساتھ اُس کے اپنے امبلائیکل کارڈ (حبل السری) کے ذریعہ قریبی تعلق رکھتا ہے، اور ایک مرکزی رقبہ ہوتا ہے جو دونوں کے لئے مشترک ہوتا ہے (تصویر ۱۴۴)۔

ان تواموں کے ایمنیاٹک سیکز (انفسی تھیلے) جداگانہ ہوتے ہیں کیونکہ وہ ہر جنین کے ساتھ ایک قریبی تعلق لئے ہوئے نمو یاب ہوتے ہیں۔ کوریان (سلی) واحد ہوتا ہے، کیونکہ یہ ایسے ٹروفوبلاسٹ (trophoblast = ناہضہ پرورشی) سے نمو یاب ہوتا ہے جو دونوں جرمنل (germinal = نبتی) رقبات پر بہ تسلسل موجود ہوتا ہے۔ گاہے ایسا ہوتا ہے کہ ایمنیاٹک سیکز (انفسی تھیلے) اس جگہ جہاں وہ متماس ہوتے ہیں، گھل مل جاتے ہیں اور ان کے درمیان کا سیپٹم (septum = فاصل) بھی آخر کار زائل ہو جاتا ہے۔ اب اس سے

یہ صورت حالات پیدا ہوتی ہے کہ دو جنین ایک واحد ایمنیاٹک سیک (انفسی تھیلے) کے اندر موجود ہوتے ہیں، البتہ اس میں کچھ باقیات اصل سپٹم (فاصل) کے بھی نظر آتے ہیں۔ اس قسم کے توام ۸ واقعات میں سے صرف ایک میں، یا بقول بعض مصنفین کے، توامی حمول میں سے صرف ۱۲ فی صدی میں پائے جاتے ہیں۔ جنینوں کی صنف ہمیشہ ایک ہی ہوتی ہے، اور بچے بعینہ ایک دوسرے کے مشابہ ہوتے ہیں۔

(ب) اگر توام واحد بلاسٹوڈرم (blastoderm = نموضی ادمہ) سے نمویاب ہوئے ہوں جو بعد میں کم و بیش مکمل طور پر دو میں منقسم ہو گیا ہو، تو پھر آغاز کار ہی سے ایک کوریان (سلی)، ایک ایمنیان (انفس)، اور ایک ہی پلیسنٹا (مشیمہ) ہوتا ہے۔ اس قسم کے تواموں میں ممکن ہے بلاسٹوڈرم غیر مکمل طور پر منقسم ہوا ہو۔ اگر اس کو پیش نظر رکھا جائے تو جنینوں کا مرضیاتی ہونا قابل تعجب نہیں۔

تمام قسم کے ڈبل مانسٹرز (double monsters = دوہرے مسخوطات)، جرمینل (نبتی) رقبہ کی مذکورہ بالا نامکمل ڈائی کاٹومی (dichotomy = دوشاخیت) کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ یہ نامکمل علٰحدگی امبلائکل کارڈ (حبل السری) میں بھی واقع ہو سکتی ہے جبکہ امبلائکل کارڈ (حبل السری) پلیسنٹا (مشیمہ) کے پاس واحد ہوتا ہے، اور جیسے جیسے جنین کے قریب جاتے ہیں یہ دو شاخوں میں منقسم ہوتا جاتا ہے۔ بعض اوقات حالانکہ جنین بالکل علٰحدہ ہوتے ہیں صرف ایک ہی ایمنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) موجود ہوتی ہے، کم از کم پلیسنٹا (مشیمہ) تو ضرور ہی واحد ہوتا ہے اور اس کے دونوں نصفوں کے درمیان جو دو جنینوں سے متعلق ہوتے ہیں عرقی تعلق پایا جاتا ہے۔

جنینوں کی صنف ہمیشہ ایک ہی ہوتی ہے۔ یہ نوع نہایت شاذ ہے، اور بعض اعداد و شمار کے مطابق، کل توامی حملوں میں سے صرف ۰.۸ فی صدی میں پائی جاتی ہے۔ دونوں قسم کے یونی اوولر (یک بیضی) تواموں میں یہ احتمال ہوتا ہے کہ جنین کا پری میچور (قبل از میعاد) اخراج نہ واقع ہو جائے۔ غالباً وہ ناتندرست، چھوٹے، اور شائد غیر مساوی طور پر نمویاب ہوتے ہیں۔

تواموں کا غیر مساوی نمو ایک اختلاف پذیر حد تک ہوتا ہے۔ بسا اوقات ایک جنین

371 دوسرے سے دوچند زیادہ بھاری ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات ایک جنین جبکہ وہ شاید صرف چار یا پانچ ماہ کے برابر نمو حاصل کر چکتا ہے رحم کے اندر ہی مرجاتا ہے جیسے صورت پیش آتی ہے تو مردہ جنین، رحم کے اندر محبوس ہو کر بتدریج مضغوط اور ممیفائڈ (mummified = محنّط) ہو جاتا ہے اور وہ چیز پیدا کرتا ہے جو کہ فیٹس پیپی رے سس (fœtus papyraceus = جنین کاغذی) یا فیٹس کمپرسس (fœtus compressus=



تصویر ۴۷۶ ۔ فیٹس پیپی رے سس (جنین کاغذی) یا کامپرسس (مضغوط) معہ اپنے مشیمہ اور اغشیہ کے خارج ہوا تھا اسوقت جبکہ ایک طبعی جنین پہلے پیدا ہو چکا تھا۔



تصویر ۴۷۷ ۔ اے کارڈیک ایقیفالک مانسٹر (=acardiac acephalic monster) لاقلب بے سر (مسخوط) ۔ یونی اوولر (یک بیضی) تواموں میں سے ایک یہ تھا، اور دوسرا توام طبعی تھا۔

جنین مضغوط) کے نام سے موسوم ہے - چنانچہ وضع الحمل کے وقت تک یہ اندر ہی رہتا ہے اور تنومند تندرست بچہ کے ساتھ ہی خارج ہوجاتا ہے (تصویر ۱۴۶)-

اس مثال میں دوسرے جنین کے تلف ہونے کا طریقہ دلچسپ ہے - یہ یاد ہوگا کہ ان دونوں جنینوں کے عروق کے درمیان ہمیشہ ایک مشیمی تعلق موجود ہوتا ہے - جب تک کہ دونوں جنینوں کے قلبوں میں پمپ کرنے کی مساوی قوت موجود ہے، ایک جنین کا خون دوسرے جنین کے خون سے زیادہ مقدار میں مخلوط نہیں ہونے پاتا، الّا پلیسنٹا (مشیمہ) کے اس درمیانی رقبہ میں جو دونوں کا مشترکہ رقبہ ہوتا ہے - اب اگر ایک جنین کا قلب دوسرے جنین کے قلب سے زیادہ طاقتور ہوجائے، تو طاقتور جنین کے امبلائکل کارڈ (حبل السری) کی ہائپوگیسٹرک (خثلی) شریانوں میں جو خون ہوگا وہ کمزور تر جنین کی شریانوں میں گھس کر اسکے جوئے خون کے ممر کو معکوس کردے گا، لہذا اس سے بالواسطہ طور پر ایک کمزور تر قلب پر بیک پریشر (back pressure = عقبی دباؤ) پڑے گا۔

جوئے خون کے اس انعکاس کا عام ترین نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کمزور تر جنین مرجاتا ہے، لیکن بعض اوقات جب یہ انعکاس حمل کے بہت شروع میں واقع ہوتا ہے، تو اس سے اے کارڈیک مانسٹر (acardiac monster = لاقلب مسخوط) پیدا ہوتا ہے (تصویر ۱۴۷)- اے کارڈیک مانسٹر (لاقلب مسخوط) بعض اوقات ایک ناقابل وضاحت بافتی تودہ کی شکل اختیار کرتا ہے جس کا سر، بالائی جوارح، یا قلب تو نہیں ہوتے لیکن زیریں جوارح اور کچھ شکمی نمو موجود ہوتا ہے - اس کے پیدا ہونے کا طریقہ یہ ہے کہ جوئے خون کے انعکاس کی وجہ سے زیریں جوارح کو خون کی ایسی رسد پہنچتی رہتی ہے جو کہ بالکل خالص تو نہیں ہوتی تاہم انکی ضروریات کے لئے کافی خالص ہوتی ہے۔ لیکن چونکہ مانسٹر (مسخوط) کا قلب کام نہیں کرتا لہذا اس کے جسم کا بالائی حصہ کبھی متفرق نہیں ہونے پاتا۔ 372

جب واحد جرمینل (نبتی) رقبہ غیر مکمل طور پر منقسم ہوتا ہے، تو ڈبل مانسٹرز (دوہرے مسخوطات) پیدا ہوتے ہیں، جو اپنے منظر اور باہمی تعلقات کے لحاظ سے موسوم کئے جاتے ہیں - یہ جنین ممکن ہے سٹرنم (sternum = عظم القص)، یا جسم کے زیریں سرے، یا صرف سر کے ذریعہ متحد ہوں - ان تشوہات کے علاوہ ممکن ہے یونی اوولر (یک بیضی)، تو ائموں میں

ایک جرمینل (نبتی) رقبہ سے ہائیڈیٹیڈیفارم مول (hydatidiform mole = کیسہ نما وحمہ) نمویاب ہو جائے۔

ٹرپلیٹیز (ثلاثیین) یہ تین اووا (بیضوں) سے نمویاب ہوتے ہیں، یا دو اووا (بیضوں) سے جن میں ایک اووم (بیضہ) کے دوہرے نواۃ ہوتے ہیں، یا شائد ایک اووم (بیضہ) سے بھی۔ بلحاظ اس امر کے کہ نمویابی کس طرز پر ہوئی ہے پلیسنٹا (مشیمہ) اور اغشیہ کی ترتیب وہی ہوگی جو کہ تواموں میں پائی جاتی ہے۔

سوپرفیکنڈیشن (superfecundatian = حمل علی الحمل)۔ اس لفظ کا مفہوم یہ ہے کہ دو اووا (بیضے) جو ایک ہی اوولیشن (تبویضی) زمانہ میں خارج ہوئے ہوں، تھوڑے تھوڑے وقفہ کے بعد مختلف افعال مجامعت سے بارور ہوں۔ بلا شبہ جن طریقوں سے بنوولر (دو بیضی) توام پیدا ہوتے ہیں، ان طریقوں میں سے ایک یہ بھی ہے۔ اس کا امکان بمشکل معلوم ہوتا اگر حبشیوں کے متعلق بیان کردہ نتائج معلوم نہ ہوتے۔

ایسی مثالیں معلوم ہیں کہ ایک حبشن کے ہاں توام پیدا ہوئے جن میں ایک سیاہ اور دوسرا سفید تھا، اور ان کے باپ بھی علی الترتیب سیاہ یا سفید تھے۔ لیکن یہ بھی بالکل ممکن ہے کہ یہ دلیل مغالطہ آمیز ہو، کیونکہ یہ امر بعید از قیاس نہیں ہے کہ ایک حبشن اور ایک سفید آدمی کی مجامعت سے توامی ولادت ہو، جس میں ایک بچہ سفید اور دوسرا سیاہ ہو۔ بلا شبہ یہ ایک استثنائی واقعہ ہوگا۔

اس "سفید اور سیاہ" نظریہ سے قطع نظر کیا جائے، تو خفیف ترین وجہ بھی موجود نہیں کہ سوپرفیکنڈیشن (حمل علی الحمل) کو ممکن الوقوع مانا جائے۔

سوپرفیٹیشن (superfœtation = جنین علی الجنین)۔ اس کے متعلق اب یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ ناممکن الوقوع ہے، یا یہ کہ اس کی توجیہہ دوسری وجوہات کی بنا پر کی جا سکتی ہے۔ سوپرفیٹیشن (جنین علی الجنین) کا مفہوم یہ ہے کہ مختلف اوولیوشن (تبویضی) زمانوں کے دو اووا (بیضے) ایک یا ایک سے زیادہ ماہ کے وقفہ سے بارور ہوں۔ یہ لفظ ان مثالوں کی توجیہہ کے لئے اختراع کیا گیا ہے کہ جن میں کسی عورت کو کامل میعاد کے بعد ایک جنین کی ولادت کرائی گئی ہے، اور پھر ایک یا ایک سے زیادہ حتی کہ چار ماہ

کے بعد ایک دوسرے بظاہر کامل المیعاد جنین کی ولادت کرائی گئی ہے۔ اس میں یہ امر فرض 373
کر لیا گیا ہے کہ اس وقت جبکہ رحم کے اندر ایک جنین پہلے ہی نمو پا رہا ہو ایک دوسرا اووم (بیضہ) بھی فرٹلائزڈ (fertilized = بارور) ہو سکتا ہے۔

بعض ارباب سند سوپر فیٹیشن (جنین علی الجنین) کو نظری حیثیت سے ممکن الوقوع گردانتے ہیں، کیونکہ ۱۲ ہفتہ کے حمل کے اختتام پر رحم میں ڈسڈوا ویرا (غشاء ساقط حقیقی) اور ڈسڈوا کیپسولیرس (غشاء ساقط کیسوی) کے درمیان ہنوز ایک کیویٹی (کہفہ) باقی ہوتی ہے۔ لیکن ساتھ ہی یہ بھی ناممکن معلوم ہوتا ہے کہ ان حالات میں فالوپین ٹیوب (فالوپی نالی) کے ان لیٹز (مدخلات) اتنے مفتوح ہوں کہ کوئی دوسرا اووم (بیضہ) رحم میں داخل ہو سکے یا کوئی سپرمیٹازوا (حیوان منویہ) ان میں سے گذر سکے۔ جنین کی بالیدگی، یوٹرائن کیویٹی (کہفہ رحمی) کا اتساع اور ڈسڈوا (غشاء ساقط) کی نمو یابی، یہ سب امور اس قسم کے امکان کے خلاف نظر آتے ہیں۔

زمانۂ حال میں ان شکوک کے پیش نظر اس بات پر اتفاق رائے ہو گیا ہے کہ سوپر فیٹیشن (جنین علی الجنین) ناممکن الوقوع ہے، اور یہ کہ اس کی تمام مفروضہ مثالوں کی توجیہہ دوسری وجوہات کی بنا پر کی جا سکتی ہے۔

مثلاً یہ بات پایہ ثبوت کو پہنچ چکی ہے کہ سوپر فیٹیشن (جنین علی الجنین) کی بعض ظاہری مثالوں میں زچہ در اصل ایک ڈبل یوٹرس (double uterus = دوہرا رحم) رکھتی تھی، اور یہ کہ رحم کے دونوں نصفوں میں مختلف اوقات میں حمل ہوا تھا، جس سے جنینوں کی ولادت ایک معتد بہ وقفہ دے کر ہوئی۔ بعض مثالوں میں یہ ثابت ہوا ہے کہ ایک جنین انٹرا یوٹرائن (intra uterine = دروں رحمی) تھا تو دوسرا ایکسٹرا یوٹرائن (extra-uterine = بروں رحمی) تھا، اور دوسرا جنین اپنے کہفہ کو منہدم کر کے کہ جس میں وہ ابتداءً نمو یاب ہوا تھا [اور جو شاید انٹرسٹیشل (interstitial = بین خلائی) تھا] یوٹرائن کیویٹی (رحمی کہفہ) کے اندر جا پہنچا تھا۔

آخر میں، یہ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا حمل کے دوران میں اوویلیشن (تبویض) کا وقوع یا دقوع کا امکان ہوتا ہے یا نہیں۔ ہمیشہ سے یہ باور کیا جاتا رہا ہے کہ دوران



[سینٹ ٹامس ہسپتال کے شعاعیاتی شعبہ سے لی گئی]

تصویر ۱۴۵۔ رحم کے اندر توأموں کا سکایاگرام (skiagram= سایہ نگاشت)۔ ایک توام حمل کے ۲۶ویں ہفتہ اور دوسرا حمل کے ۳۰ویں ہفتہ میں ہے۔

ہر ایک جنین بریچ (سرینوں) کی طرف سے تطرق کر رہا ہے۔ اس قسم کے سکایاگرام (سایہ نگاشت) کی تشخیصی قیمت اس صورت میں ہی ہے جبکہ حمل کے ساتھ مفرط شکمی کلانی پائی جائے اور ایک سلعہ کی موجودگی کا امکان ہو۔

حمل میں نسٹرونیشن (طمث) کی طرح اوولیشن (تبویض) بھی معطل رہتا ہے، اگر یہ درست ہے تو سوپر فیٹیشن (جنین علی الجنین) کا تمام امکان کالعدم ہو جاتا ہے۔

توامی حمل وحید حمل سے بہت زیادہ مختلف نہیں ہوتا۔ یہ ضرور نہیں کہ رحم ہمیشہ ہی زیادہ متمدد ہو، کیونکہ توام بچے ان بچوں کی بہ نسبت جو واحد ولادتوں میں ہوتے ہیں، بالعموم قطعی طور پر چھوٹے ہوتے ہیں، اور ان کا مشترکہ وزن بالعموم ۱۰ پونڈ کے قریب قریب ہوتا ہے۔ لیکن ہائیڈرامنیاس (hydramnios = کثرت رحل)، واضح طور پر زیادہ کثیر الوقوع ہے خاص کر یونی اوولر (یک بیضی) تواموں میں سے بڑے توام کی تھیلی میں۔ رحم کا متمدد ہونا محض اس بات پر موقوف نہیں ہے کہ توام موجود ہیں، بلکہ اس سے زیادہ لائکر امینیائی (رحل) کی مقدار پر موقوف ہے۔ یہ قدرتی امر ہے کہ جب رحم غیر معمولی طور پر بڑھا ہوا ہوگا تو دباؤ کی علامات، مثلاً زیریں جوارح اور شکمی دیواروں کا متہیج ہونا، وریدوں کا وریکوس (دوالی نما) ہونا، اور ہیمرائڈز (hæmorrhoids = بواسیر)، زیادہ نمایاں ہوں گی۔ وضع الحمل بسا اوقات پری میچور (قبل از میعاد) ہوتا ہے، لیکن ایک یا دو ہفتہ سے زیادہ نہیں۔ تواموں میں میلپریزنٹیشن (نظرہ تق ناقص) عام ہوتی ہے۔ کوئی نصف عدد مثالوں میں دونوں توام سر کے بل تطرہ تق کرتے ہیں۔ تقریباً ایک ثلث مثالوں میں ایک توام سر کے بل، اور دوسرا توام بریچ (سرینوں) کے بل تطرہ تق کرتا ہے۔ تقریباً ۱۰ فی صدی میں دونوں توام بریچ (سرینوں) کے بل تطرہ تق کرتے ہیں۔ اور تقریباً ۸ فی صدی میں ایک توام شانہ کے بل اور دوسرا سر یا سرینوں کے بل، یا دونوں توام شانوں کے بل تطرہ تق کرتے ہیں۔

تشخیص

375 اگر رحم کے اندر جنین ایک دوسرے کے پہلو بہ پہلو پڑے ہوں، تو تشخیص آسان ہوتی ہے۔ اگر ایک توام دوسرے توام کے سامنے پڑا ہو، تو شائد تشخیص اس وقت تک ممکن نہیں ہوتی جب تک کہ پہلا بچہ تولد نہیں ہو لیتا۔ یہ نہایت ہی شاذ ہے کہ ایک توام دوسرے کے اوپر پڑا ہو، لیکن ایسی صورت میں شروع ہی میں تشخیص کرنا نہایت آسان ہوگا

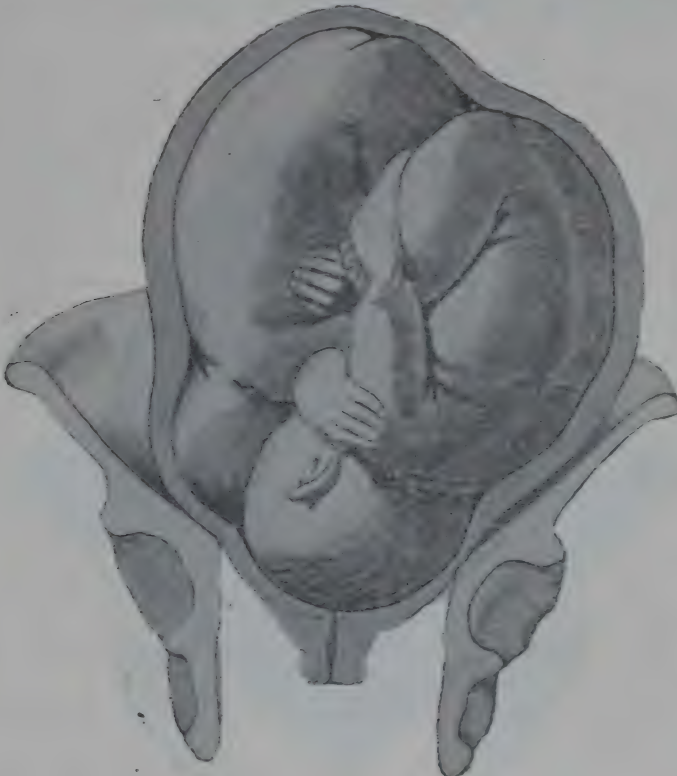
(تصویر ۱۴۹۔ ۱۵۱۔ ۱۵۲)۔
رحم کا غیر معمولی طور پر بڑا ہونا، یعنی امبلائکس (umbilicus = ناف) پر معمولی ۳۶ تا ۳۸ انچ کی بجائے، ۴۴ انچ یا اس سے زیادہ کا گھیر ہونا، تواموں کی موجودگی کا گمان پیدا کرتا ہے، لیکن، جیسا کہ پیشتر بیان کیا جا چکا ہے، اس کا سبب لائکر امینیائی (رھل) کی



تصویر ۱۴۹۔ تو امی حمل
دونوں جنین ورٹکس (قمہ) کے بل تطریق کر رہے ہیں، ایک جنین دوسرے جنین کے سامنے پڑا ہے، اور صحیح تشخیص ناممکن ہے تا وقتیکہ پہلا توام پیدا نہ ہو لے۔

کثرت بھی ہو سکتی ہے۔ اس کے بخلاف، اگر توام چھوٹے ہوں، جو کہ اکثر ہوتا ہے، تو ممکن ہے کہ

رحم کی کلانی اتنی نہ ہو کہ اپنی طرف توجہ کھینچ سکے ۔
اگر جنین اس طور پر پڑے ہوئے ہوں کہ شکمی امتحان پر دو سر، دو پشتیں، اور چھوٹے
376 چھوٹے حصوں کی ایک غیر معمولی تعداد دریافت ہو سکے، تو تشخیص آسان ہوتی ہے ۔ یہ دونوں سر



تصویر ۱۵۰۔ توامی حمل

جنین ایک دوسرے کے پہلو بہ پہلو پڑے ہوئے ہیں، اور دونوں ورٹکس (قمہ) کے بل تطریق کر رہے ہیں جس سے تشخیص آسان ہو گئی ہے ۔ دو سروں کو اور دو پشتوں کو جس کیا جا سکتا ہے کہ جن کے درمیان میزاب میں چھوٹے حصے ہیں جنینی قلب کی آوازوں کی اعظم تیزی کے دو نقاط بھی بآسانی متعین کیے جا سکتے ہیں ۔

پیلوک برم (حوضی گگر) میں ہوتے ہیں، یا ایک سر پیلوک برم (حوضی گگر) میں اور دوسرا فنڈس (قعر) میں ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ جب جنینوں کی پشتوں کا کھوج لگایا جائے تو یہ پشتیں گول گول برجیوں (سرینوں) پر جاکر ختم ہوں، اور جنینی دھڑوں کے درمیان ایک واضح میزاب ہو۔ تشخیص کی توثیق اس بات سے ہوتی ہے کہ دو جنینی قلبوں کی آواز سنائی دیتی ہے۔ یہ قلب اس طرح شناخت ہوتے ہیں کہ ان کی آوازوں کی اعظم شدت کے نقاط، مختلف مقامات پر ایک دوسرے سے کچھ دور واقع ہوتے ہیں، اور ان کے مابین آواز کم ہو جاتی ہے۔ عام طور پر کہا جاتا ہے کہ ان دونوں قلبی ضربات کے استماع کی صاف صاف توثیق صرف اس طرح ہو سکتی ہے کہ شمار کرنے پر ان کی رفتار میں فرق معلوم ہو، لیکن اس مشاہدہ میں غلطی کے بہت امکانات ہیں اور اس کی شاذ و نادر ہی کوئی عملی اہمیت ہے الّا یہ کہ مختلف
377 مشاہدین بار بار مشاہدہ کرکے اسے مستقل پائیں۔ ان دو جنینی قلبوں کی رفتار میں ممکن ہے فی منٹ ۱۰ یا ۱۲ ضربات سے زیادہ فرق نہ ہو، اور مشاہدہ میں خطا کا امکان اتنا ہوتا ہے کہ اگر ایک قلب کی طرف ۵ ضربات زائد منسوب کردی جائیں اور دوسرے کی اصل ضربات سے ۵ ضربات وضع کرلی جائیں، تو یہ فرق بھی دور ہو جاتا ہے۔

مشتبہ صورتوں میں سکایا گرام (سایہ نگاشت) سے دو یا زیادہ جنینوں کی موجودگی نیز ان کی پریزنٹیشن (تطریق) معلوم ہو جاتی ہے (دیکھو تصویر ۱۴۵ صفحہ 4/31 پر)۔

ویجائنل (مہبلی) امتحان سے شاذ و نادر ہی کوئی مدد ملتی ہے، کیونکہ دو جنینی حصے اکٹھے تطریق نہیں کرتے، اور اغشیہ کے دو تھیلے شناخت کرنا دشوار ہوتا ہے۔ اغشیہ کے مشقوق ہونے کے بعد اگر رحم کی جسامت بڑی پائی جائے اور تطریقی حصہ چھوٹا پایا جائے تو تواموں کا شک پیدا ہونا چاہئے۔

جوں ہی کہ پہلا توام تولد ہو جاتا ہے، فنڈس یوٹرائی (fundus uteri = قعر رحم) کی بلند مقامی، ایک دوسرے جنین کا حس کرنا، اور اغشیہ کے ایک دوسرے تھیلے اور ایک دوسرے تطریقی حصہ کی موجودگی، اصابت کو اظہر من الشمس کر دیتی ہے۔

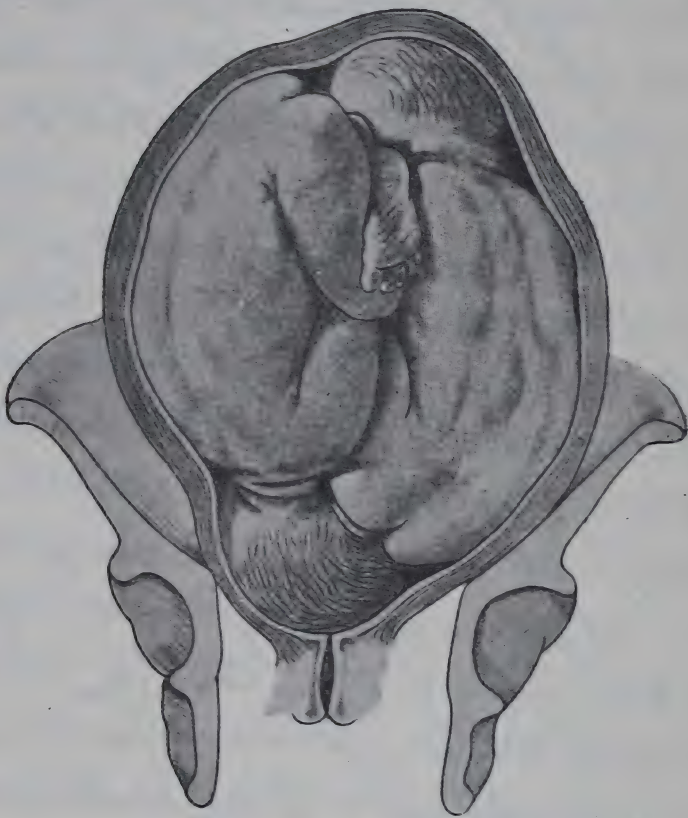
انذار 373

رحمی ان ارشیا (جمود) کے باعث ممکن ہے وضع الحمل اطالت پذیر ہو جائے۔



تصویر ۱۵۱۔ توامی حمل۔ دونوں ورٹکس (قمہ) کے بل تطرق کر رہے ہیں۔ جنین ایک دوسرے کے پہلو بہ پہلو پڑے ہوئے ہیں۔ غالباً دونوں سروں کو محسوس کیا جا سکتا ہے، ایک کو برم (دُگر) پر اور دوسرے کو اس کے اوپر الیک فوسا (حرقفی حفرہ) میں محسوس کیا جا سکتا ہے۔ ایک پشت اور چھوٹے جنینی حصوں کی ایک غیر معمولی تعداد شناخت ہو گی اور شاید فنڈس (قعر) میں دو بریچیز (سرین) شناخت ہوں گی۔

ان ارشیا (جمود) کا سبب، رحم کا بیش تمدد، میلپریزنٹیشنز (تطریقات ناقص)، اور ایک توام کا دوسرے توام کے نزول میں امکاناً خلل انداز ہوتا ہے۔ برخلاف اس کے، چونکہ بچے



تصویر ۱۵۲ - توامی حمل

پہلا جنین ورٹکس (قمہ) سے اور دوسرا بریچ (سرینوں) سے تطریق کر رہا ہے۔

جنین ایک دوسرے کے پہلو بہ پہلو پڑے ہوئے ہیں۔ اس کی تشخیص نہایت آسان ہے۔ ایک سر برم (لگر) پر اور دوسرا سر فنڈس (قعر) میں محسوس ہوگا۔ دو پشتیں اور ان کی درمیانی میزاب میں چھوٹے حصے حس پذیر ہوں گے۔ اور جنینی قلب کی آوازوں کی تیزی کے دو نقاط پائے جائیں گے، ایک دائیں طرف اور ناف کے نیچے اور دوسرا بائیں طرف اور ناف سے اوپر۔

وسط جسامت سے کم کے ہوتے ہیں، اس لئے وضع الحمل بالعموم آسان تر ہوتا ہے۔ جہاں تک ماں کا تعلق ہے وضع حمل کے خطرہ میں ایک خفیف سا اضافہ ہوتا ہے، جس کی وجہ زیادہ تر پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) کا خطرہ زیادہ ہوتا ہے۔ پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) اس امر کا نتیجہ ہوتا ہے کہ پلیسنٹل (مشیمی) رقبہ بڑا ہوتا ہے، نیز اس کا رحم کے بیش تمدد کی وجہ سے رحمی انقباض اور بازکشیدگی کی طاقت گھٹ جاتی ہے۔ سیپ سس (sepsis = عفونت) کا خطرہ بھی خفیف سا بڑھ جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ وضع الحمل زیادہ طویل ہوتا ہے اور اندرونی دست ورزی زیادہ کثرت سے کی جاتی ہے، نیز یہ کہ پلیسنٹل (مشیمی) مقام دُہرا ہوتا ہے اور سرایت زدگی اور انجذاب کے لئے اس کا رقبہ زیادہ 379
ہوتا ہے اور پلیسنٹل (مشیمی) ٹکڑوں کے احتباس کا زیادہ موقعہ ہوتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ ایکلیمپسیا (eclampsia = انشناج) اور کلوی پیچیدگیوں کا رجحان بھی بڑھ جاتا ہے۔

بچوں کے لئے انذار بہ نسبت اس کے کہ جو واحد ولادتوں میں ہوتا ہے، قطعی طور پر خراب تر ہے۔ توام ولادتوں میں پری میچور (قبل از میعاد)، چھوٹے، اور کمزور بچے زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں، اور بریچ (سرینی)، شولڈر (کتفی)، اور دیگر میل پریزینٹیشنز (mal-presentations = ناقص تطریقات) زیادہ عام ہوتی ہیں۔

توآموں کی صورت میں وضع الحمل ۔ بیش متمدد رحم کے ان ارشیا (جمود) کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پہلا مرحلہ اطالت پذیر ہو جانے کا احتمال ہے۔ ممکن ہے کہ پہلے توام کی ولادت تک دوسرا مرحلہ بھی اطالت پذیر ہو جائے، لیکن جنین کی جسامت کا چھوٹا ہونا بسا اوقات رحمی فعل کی کم اثری کی تلافی مافات۔ بلکہ کچھ اس سے بھی زیادہ ہی کر دیتا ہے۔ جب پہلے بچہ کی ولادت ہو چکتی ہے تو ۱۰۔۱۵ منٹ تک رحم کی فعالیت موقوف رہتی ہے، اس کے بعد دوسرا بچہ متبع گذرگاہوں میں سے بالعموم سرعت کے ساتھ اتر جاتا ہے۔ جب تک کہ دوسرے بچہ کی ولادت نہیں ہو پاتی پلیسنٹا (مشیمہ) یا پلیسنٹی (مشیمات) خارج نہیں ہوتے، لیکن گاہے گاہے ہر بچہ کا پلیسنٹا (مشیمہ) اور اغشیہ اس کے پیچھے پیچھے آجاتے ہیں، اور نہایت ہی شاذ مثالوں میں دوسرے بچہ کی ولادت اس وقت ہوتی ہے جب کہ پہلے بچہ کی ولادت کو کئی دن، بلکہ کئی ہفتے

گزر چکے ہوتے ہیں۔

وضع حمل کا انصرام

بہت سی مثالوں میں توأموں کی تشخیص صرف اس وقت کیجاتی ہے جبکہ پہلا بچہ تولد ہو چکتا ہے۔ لہٰذا اس سے قبل کے زمانہ کے لئے خاص ہدایات دینا فضول ہوگا۔ جن مثالوں میں توأموں کی موجودگی کا علم یا شک ہو ان میں واحد احتیاط جو کی جاسکتی ہے یہ ہے کہ ولادت کو جہاں تک ہوسکے قدرت پر چھوڑ دیا جائے' اور فارسیپز (کلاب) کے استعمال سے اجتناب کیا جائے تاوقتیکہ داعیات نہایت ہی قطعی نہ ہوں۔ ممکن ہے رحم کسی حد تک جاہد اور ولادت سست ہو اس بنا پر بہت زیادہ مہلت دینے کی ضرورت ہے' اور چونکہ بچے بسا اوقات چھوٹے اور پری میچور (قبل از میعاد) ہوتے ہیں' لہٰذا آلتی مداخلت کے دوران میں شدید تضرر پہنچنے کا امکان ہے۔ پہلے بچہ کی ولادت کے بعد امبلائکل کارڈ (سری حبل) کے پلیسنٹل (مشیمی) سرے کو مضبوطی سے باندھ دینا چاہیے' ورنہ اگر دونوں پلیسنٹل (مشیمی) دورانات خون کے درمیان کوئی تعلق ہوا تو اندیشہ ہے کہ کہیں پہلے بچہ کی امبلائکل کارڈ (سری حبل) کی راہ سے دوسرے یونیوولر (یک بیضی) توأم کا خون نہ نکل جائے۔ اس کے بعد دوسرے بچہ کی لائی (افتاد) اور پریزنٹیشن (تطریق) معلوم کرنے کیلئے بغور تحقیق کرنی چاہیئے۔ اگر لائی (افتاد) عرضی ہے' تو ضروری ہے کہ بچہ کی ورشن (گردش) کردی جائے قبل اس کے کہ پانی خارج ہو اور رحم جنین پر مضبوطی سے بازکشیدہ ہو جائے۔ اس کے بعد دردوں کے عود کا ایک گھنٹہ تک انتظار کرنا بہتر ہے' تاوقتیکہ پلیسنٹا (مشیمہ) اول کی پری میچور (قبل از میعاد) علیحدگی سے کوئی نزف نہ ہو' یا جنینی قلبی ضرب کے سست پڑ جانے سے سریع ولادت کی ضرورت نہ نظر آئے۔ اگر دردیں عود کر آئیں اور دوسرا تھیلا تطریق کر رہا ہو تو اسے شق کر دینا چاہیئے' کیونکہ اتساع کے لئے اس کی کوئی ضرورت نہیں' اور پانی کا اخراج رحم میں ہیجان پیدا کرتا ہے۔ لیکن اگر نزف واقع ہو' یا جنینی قلب سست ہو تو دوسرے تھیلے کو شق کر دینا چاہیئے اور دردوں کا انتظار نہیں کرنا چاہیئے' نیز رحم کو فرکشن سے ہیجان میں لانا چاہیئے۔ اگر ایک گھنٹہ تک انتظار کرنے پر بھی دردیں عود

380

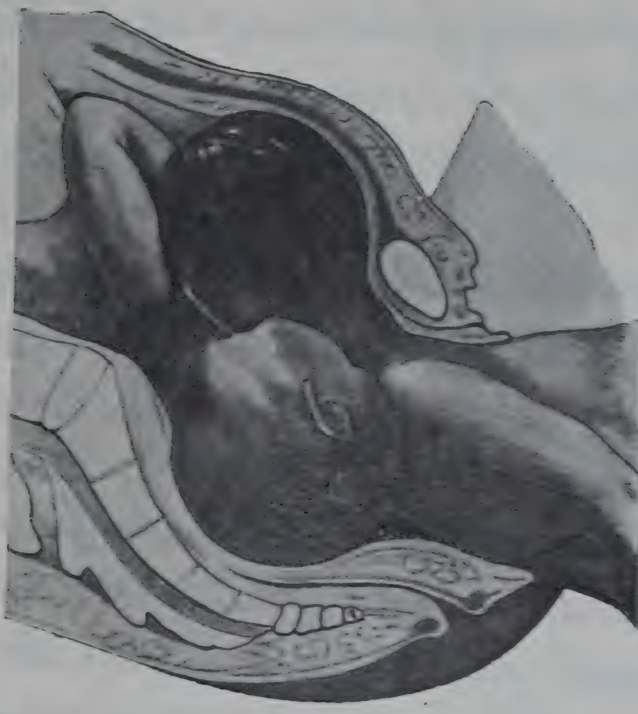
نہ کریں، تو اغشیہ کو شق کر دینا چاہیئے، کیونکہ اس سے بالعموم رحم میں ہیجان پیدا ہوتا ہے۔ اگر ہیجان پیدا نہ ہو تو فنڈس (مقعر) پر مالش کرکے اور بھنچاؤ کے ذریعہ ولادت کرائی چاہیئے۔ تین یونٹ پشوٹری ایکسٹریکٹ (pituitary extract= خلاصہ نخامیہ) کا اشراب، بسا اوقات دردوں کا عود کرانے اور دوسرے بچہ کی ولادت کرانے میں موثر ثابت ہوتا ہے، اور ولادت کے بعد نزف کا خطرہ گھٹانے کے لئے خاص طور پر مفید ہے۔ چونکہ رحم اکثر اوقات انرٹ (inert = جامد) ہوتا ہے، اور دوسرے پلیسنٹل (مشیمی) مقام سے نزف کو قابو میں لانے کے لئے زیادہ درجہ کا انقباض اور بازکشیدگی درکار ہوتی ہے، اس لئے نزف کا خطرہ کم کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ولادت آہستہ کرائی جائے، اور فنڈس (قعر) پر شکمی دباؤ ڈالا جائے۔ پس تاوقتیکہ قوی وجوہات فارسیپز (کلاب) کو ماں یا بچہ کے لئے مفید ظاہر کریں، فارسیپز (کلاب) کے ذریعہ ولادت کرانے سے اجتناب کرنا چاہیئے۔ یہ اجتناب بالعموم ممکن ہونا چاہیئے، کیونکہ گزرگاہیں پہلے ہی سے متسع، اور بچہ اوسط جسامت سے کم کا ہوتا ہے۔ دوسرے بچہ کی فوری ولادت کے حق میں واحد قرین قیاس داعیہ یہ ہے کہ امبلائکل کارڈ (حبل السری) کا پرولیپس (سقوط) ہو جائے یا پلیسنٹل (مشیمی) علیحدگی کی وجہ سے نزف واقع ہو جائے۔ ماں کی جسمانی اور دماغی خستگی، ولادت کرانے میں ایک قطعی مانع ہے، بشرطیکہ جنینی قلبی آوازیں متاثر نہ ہوئی ہوں۔ ماں کو آرام کرنے کی مہلت دینی چاہیئے یہاں تک کہ فعالانہ وضع حمل ازسرنو شروع ہو جائے۔

اس امر کے پیش نظر کہ توامی ولادتوں میں پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) کا زیادہ خطرہ ہے، اس کے علاج کے لئے ہر چیز تیار رکھنی چاہیئے۔ ربڑ کے دستانے، ڈوش نازلز (douche nozzles = نطول کی ٹونٹیاں)، اور نلیاں عقیم کرنی چاہئیں، اور کھولتے ہوئے پانی اور سرد عقیم پانی کی ایک کثیر المقدار رسد تیار کرنی چاہیئے۔ تیسرے مرحلہ میں ہاتھ کو شروع سے آخر تک رحم پر رکھنا چاہیئے تاکہ اس کو رحم کی تہییج کیلئے تیار رکھا جائے اور پلیسنٹا (مشیمہ) کی ولادت کے بعد بطور حفظ ماتقدمی تدبیر کے، ایک ڈرام لکوئڈ ایکسٹریکٹ آف ارگٹ (liquid extract of ergot = مائع خلاصہ ارگٹ) دینا چاہیئے یا ارگیٹن (ergotin) کا دروں عضلی اشراب کرنا چاہیئے۔ پہلے ذکر کیا جا چکا ہے کہ

دوسرے بچہ کی ولادت سے قبل پشوٹری ایکسٹریکٹ (خلاصہ نخامیہ) استعمال کرنا اس اعتبار سے خاص طور پر موثر ہے ۔ معالج کو معمول سے زیادہ مدت تک نزدیک رہنا چاہیئے کہ بلانے پر فوراً آسکے ۔ کوئی میلپریزنٹیشن (ناقص تطریق)، امبلائکل کارڈ (حبل السری) کا پرولیپس (سقوط)، پلیسنٹا پریویا (placenta prævia = مشیمہ متقدم)، یا کوئی اور پیچیدگی ہو تو اس کا علاج اسی طرح کرنا چاہیئے جس طرح کہ وحید ولادت میں کیا جاتا ہے ۔ چھوٹے بچوں کی صورت میں جب دونوں تطریقی حصے ایک ساتھ مرتبط ہونے کی کوشش کرتے ہیں تو دشواری پیش آتی ہے ۔ اوپر والے حصہ کو پیچھے کی طرف دھکیلو اور نیچے والے کو اُترنے دو۔ البتہ اگر ایک بریچ (سرین) اور دوسرا ورٹکس (قمہ) ہو تو یہ بہتر ہوتا ہے کہ ورٹکس (قمہ) کو پہلے آنے دیا جائے، چنانچہ اگر بریچ (سرین) نیچے بھی ہو تو بھی اسے اوپر دھکیلنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔

381 **گتھوال توام** ۔ توأموں کے گتھ جانے سے رکاوٹ ہونا ایک نہایت ہی شاذ حادثہ ہے جس پر درسی کتابوں میں ضرورت سے زیادہ توجہ دی جاچکی ہے ۔ یہ گتھاؤ اس طرح واقع ہوتا ہے کہ دوسرے بچہ کا سر پہلے بچہ کی ٹھڈی اور سینہ کے درمیان پھنس جاتا ہے ۔ ایسی صورت میں اگر پہلے سے توأموں کی تشخیص نہ کی جاچکی ہو تو ممکن ہے رکاوٹ کی شناخت کرنا دشوار ہو کیونکہ پہلا سر پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) میں بہت نیچے ہوتا ہے، اور جب تک کہ این ایستھیسیا (عدم حسیت) کے تحت وجائنا (مہبل) میں سارا ہاتھ نہ ڈالا جائے [جو کہ اکثر اوقات فارسیپز (کلاب) گزارنے کیلئے ڈالا جاتا ہے] ممکن ہے مذکورہ بالا حالت دریافت نہ ہو۔ کوشش کرنی چاہیئے کہ روکنے والے سر کو اوپر کو دھکیلا جائے، اور پہلے سر کی فارسیپز (کلاب) کے ذریعہ ولادت کرائی جائے۔ اگر یہ کوشش ناکام رہئے تو پھر پہلے بچہ کو قربان کر دینا چاہیئے کیونکہ اس کی امبلائکل کارڈ (حبل السری) اور سینہ پر دباؤ پڑنے سے اس کو زیادہ خطرہ ہے ۔ اگر اس کا سر بلندی پر ہو تو اس کا پرفوریشن (perforation = ثقب) کر دینا چاہیئے اور اگر بہت نیچے ہو تو ڈی کیپی ٹیشن (قطع الراس) کرنا چاہیئے ۔ بالعموم اس سے یہ گنجایش نکل آتی ہے کہ دوسرے سر کو اوپر دھکیل کر پہلے بچہ کے دھڑ کی ولادت کرادی جائے، لیکن اگر یہ گنجایش

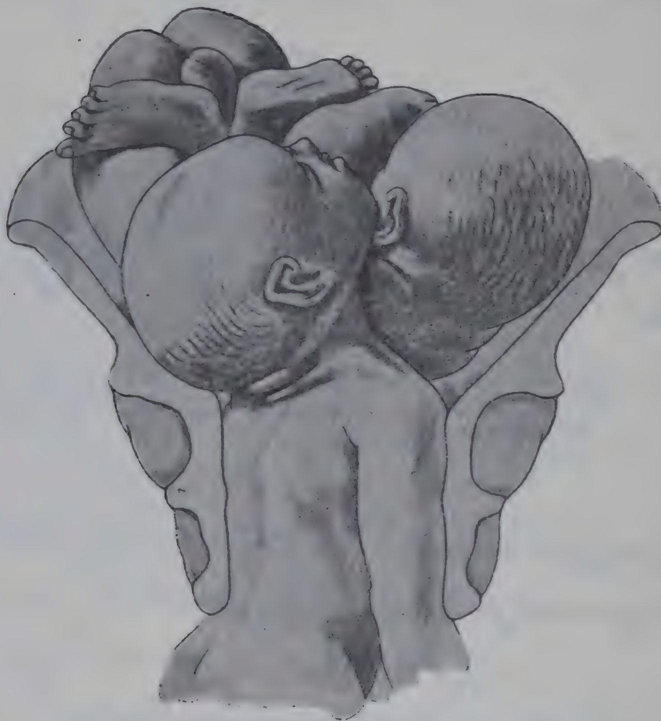
نہ نکلے تو دوسرے سر کا بھی پرفوریشن (ثقب) کر دینا چاہیے۔ گتھاؤ کی ایک اور شکل بھی ظہور میں آسکتی ہے یعنی پہلا بچہ سرینوں کے بل تولد ہو لیکن اس کا سر اس وجہ سے رک جائے کہ دوسرے بچہ کا سر بھی اس کے ساتھ ہی پیلوس (حوض) میں داخل ہونے کی کوشش کرے جس سے ان کی ٹھڈیاں گتھ جائیں (تصویر ۱۵۲)۔ چونکہ آفٹر کمنگ (پس آئند) سر کو دیر لگنے سے جلد ہلاکت واقع ہوتی ہے اس لئے اس صورت میں بھی دوسرے



تصویر ۱۵۳۔ پہلے جنین کا آفٹر کمنگ (پس آئند) سر دوسرے جنین کے فورکمنگ (پیش آئند) سر کے ساتھ گتھا ہوا ہے۔

بچہ ہی کو بچانا پڑتا ہے۔ اگر دوسرے بچہ کے سر کو فی الفور چھڑانا اور اوپر دھکیلنا ممکن نہ ہو تو یہ یقینی ہے کہ پہلا بچہ سٹل بارن (stillborn = مردہ تولد) ہو گا۔ غالباً واحد علاج جو ممکن ہے یہ ہے کہ پہلے بچہ کا ڈی کیپی ٹیشن (قطع الراس) کیا جائے، اس کے قطع شدہ

382 سرکو اوپر دھکیلا جائے، اور دوسرے بچہ کی بذریعہ فارسیپز (کلاب) ولادت کرائی جائے۔ مشکل اصابتوں میں نیچے کے سر یعنی فورکمنگ (پیش آئند) سر کا پرفوریشن (ثقب) کرنے یا کچلنے کی بھی ضرورت ہوگی۔ ایک آفٹر کمنگ (پس آئند) سر کا دوسرے بچہ کے شانہ یا بازو کے ساتھ گتھا ہونا یہ ضرورت ظاہر کرتا ہے کہ پہلے بچہ کا ڈی کیپی ٹیشن (قطع الراس) اور غالباً



تصویر ۱۵۴۔ گتھے ہوئے جنین
پہلے جنین کا آفٹر کمنگ (پس آئند) سر دوسرے جنین کے شانہ کے ساتھ گتھا ہوا ہے اور دوسرا جنین ترچھا پڑا ہوا ہے۔

دوسرے کی ورشن (گردش) کردی جائے۔ اگر گتھاؤ کا ازالہ نیچے سے وست ورزی کے ذریعہ نہ ہوسکے تو بہترین علاج سیزرین سکیشن (قیصری شگاف) ہے، بشرطیکہ اسکے لئے حالات سازگار ہوں۔

383

باب سی و سہ

امبلائکل کارڈ (حبل السری) کی میلپریزنٹیشنز (ناقص وضعات) اور انامولیز (ANOMALIES = خلاف قاعدگیاں)

امبلائکل کارڈ (umbilical cord = حبل السری) کا تطریقی حصہ کے سامنے نازل ہونا بچہ کی موت پر منتج ہوتا ہے، کیونکہ کارڈ (حبل) تطریقی حصہ اور پیلوک برم (حوضی گگر) کے درمیان بھنچ جاتی ہے۔ اس کی دو قسمیں بیان کی گئی ہیں۔

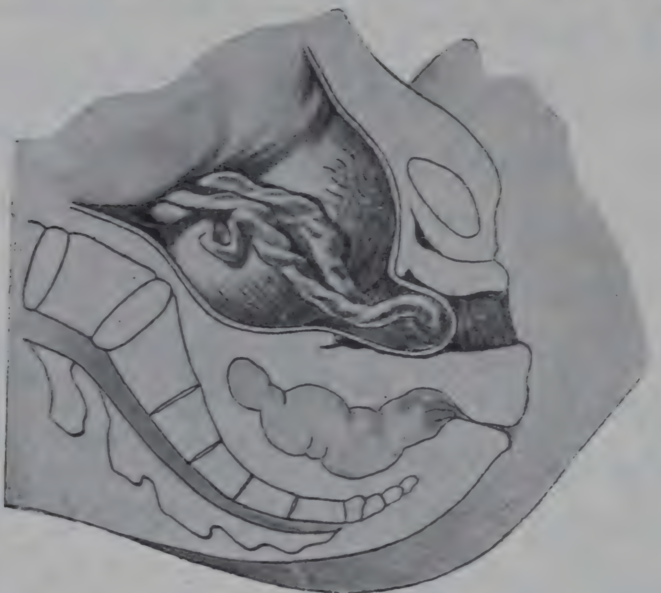
ا۔ پریزنٹیشن (presentation = تطریق) جبکہ امبلائکل کارڈ (حبل السری) تطریقی حصہ کے تلے اغشیہ کے صحیح وسالم تھیلے کے اندر پڑی ہوتی ہے۔

۲۔ پرولیپس (سقوط) جبکہ امبلائکل کارڈ (حبل السری) اغشیہ کے انشقاق کے بعد تطریقی حصہ کے تلے، سروکس (عنق) یا ویجائنا (مہبل) کے اندر پڑی ہوتی ہے۔

بعض اوقات ایک تیسری قسم یعنی کارڈ (حبل) کے بھنچ کر نکلنے کا ذکر کیا جاتا ہے، یہ لفظ ایسی مثالوں کو نامزد کرتا ہے جن میں دوران ولادت میں کوئی حبل کا چنبر سر یا بریج (سرینوں) کے پاس سے بھنچ کر نکل جاتا ہے۔ اس لفظ کی اہمیت بالکل نہیں ہے اور نہ یہ اس قابل ہے کہ اس کے استعمال کو باقی رکھا جائے۔

اسباب

384 امبلائکل کارڈ (حبل السری) کا نزول بسا اوقات اُس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ تطریقی حصہ نیچے اتر کر سروکس (عنق) کو پورے طور پر نہیں گھیرتا جس سے کوئی جنبر تطریقی حصہ اور پیلوک (حوضی) دیوار کے درمیان کی خالی جگہ میں سے نیچے کھسکنے کا موقع حاصل



تصویر ۱۵۵۔ کارڈ (حبل) کی پریزنٹیشن (تطریق)۔
اغشیہ کے انشقاق کے بعد اس حالت کو کارڈ (حبل) کا پرولیپس (سقوط) کہا جائے گا۔

کر لیتا ہے ۔ چنانچہ یہ فلیٹنڈ پیلوس (flattened pelvis = منقبض حوض) میں تمام میلپریزنٹیشنز (ناقص تطریقات) اور خاصکر شولڈر پریزنٹیشنز (کتفی تطریقات) میں اور توأموں، چھوٹے، پری میچور (قبل از میعاد) یا ناقص التکوین بچوں کے ساتھ وضع الحمل میں ایک عام پیچیدگی ہے ۔ پنڈولس بیلی (pendulous belly = لٹکا ہوا پیٹ) جس سے

رحمی محور کی سمت میں فرق آجاتا ہے اور تطریقی حصہ کا رُخ پیلوک ان لٹ (حوضی مدخل) سے پیچھے کو یا ایک طرف کو ہوجاتا ہے اور اسطرح جلد ارتباط واقع ہونے میں رکاوٹ ہوتی ہے' امبلائیکل کارڈ (حبل السری) کے نزول کی استعداد پیدا کرتا ہے۔ ہائیڈرامینیاس (کثرتِ رھل) جنین کی غیر معمولی حرکت پذیری کا امکان پیدا کرتا ہے لہٰذا یہ کارڈ (حبل) کی پریزنٹیشن (تطریق) پیدا کرتا ہے' اور اگر اغشیہ کا انشقاق ہونے پر لائکر امینائی (رھل) دفعتہً پھوٹ نکلے تو اس سے کارڈ (حبل) کے پرولیپسڈ (ساقط) ہوجانے کا احتمال ہے۔ اگر امبلائیکل کارڈ (حبل السری) بہت ہی لانبی ہو اور پلیسنٹا (مشیمہ) نچلے حصہ میں نصب ہو تو اس سے کارڈ (حبل) کے نزول میں سہولت ہوتی ہے۔

تشخیص

تشخیص بالعموم بالکل آسان ہوتی ہے۔ پریزنٹیشن (تطریق) ہو تو کارڈ (حبل) کا چنبر اغشیہ کے باہر سے محسوس کیا جا سکتا اور انگلیوں کے درمیان اس کی گولائی محسوس کی جا سکتی ہے۔ اس میں نبضان' اگر موجود ہو تو شناخت ہو سکتا ہے۔ اگر پرولیپس (سقوط) ہو تو وہ بجائے (ھبل) کے اندر کارڈ (حبل) کا ایک چنبر محسوس ہوگا جس میں انگلی ڈالی جا سکتی اور نبضان شناخت کیا جا سکتا ہے۔ امبلائیکل کارڈ (حبل السری) کو حقیقت میں کسی اور چنبر کے ساتھ خلط ملط نہیں کیا جا سکتا' خواہ اس کا نبضان موقوف ہی کیوں نہ ہو گیا ہو۔ بیان کیا جاتا ہے کہ ساقط معاء صغیر' خواہ یہ مادری یعنی رحم کے انشقاق کے سبب سے ہو یا جنینی' یعنی اکٹوپیا (ectopia = بے محلی) کے سبب سے ہو' مغالطہ پیدا کر سکتی ہے۔ ایسا مغالطہ خلاف قیاس ہے لیکن اگر واقع ہو تو یہ امر کہ ماسار یقا کے پیچیدہ ہونے کی وجہ سے معاء کے چنبر میں انگلی نہیں ڈالی جا سکتی' معاء کے تمیز کرنے میں مدد دے گا۔

انذار

جہاں تک کہ ماں کا تعلق ہے امبلائیکل کارڈ (حبل السری) کا نزول بجائے خود

کسی طرح بھی وضع الحمل کو زیادہ تشویشناک نہیں بناتا، لیکن یہ ہرگز فراموش نہ کرنا چاہیے کہ کارڈ (حبل) کی پریزنٹیشن (تطریق) اور پرولیپس (سقوط) بسا اوقات اس پر دلالت کرتا ہے کہ کوئی شدید پیچیدگی مثلاً کانٹریکٹڈ پیلوس (انقباض حوض) یا میلپریزنٹیشن (تطریق ناقص) موجود ہے جو ممکن ہے کہ وضع الحمل کو ایک معتد بہ حد تک زیادہ خطرناک کردے۔ نیز پرولیپس (سقوط) کے علاج کے لئے جو مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے اس سے سرایت زدگی کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔

بچہ کے حق میں انذار انتہا درجہ تشویشناک ہے، خاصکر قیفالک پریزنٹیشنز (cephalic presentations = راسی تطریقات) ہیں۔ کارڈ (حبل) کا سخت سر اور 385
پیلوک (حوضی) دیوار کے درمیان آکر بھنچ جانا پلیسنٹل (مشیمی) دوران خون کو کلی طور پر روک دیتا ہے اور اگر کارڈ (حبل) کو سر کے اوپر بحال نہ کیا جائے تو بچہ جلد ہی مرجائیگا۔ بریچ (سرینی) اور شولڈر پریزنٹیشنز (کتفی تطریقات) میں کارڈ (حبل) کا ضغطہ سے بچ جانا زیادہ ممکن ہے۔ اگر عرضی لائز (lies = افتادات) میں، شانہ کے برم (دگر) میں شانہ کی طرح ٹھکنے سے پہلے ہی ورشن (گردش) عمل میں لائی جائے تو بہ نسبت راسی مثالوں کی صورت کے خطرہ کم ہوجاتا ہے۔ اگر کارڈ (حبل) میں نبضان شناخت نہ ہو تو اس سے یہ نتیجہ نہ نکالنا چاہیئے کہ بچہ مرگیا ہے۔ اگر نبضان ابھی ابھی موقوف ہوا ہو تو استماع سے شاید قلب ہنوز سنا جاسکے اور احیاء ممکن ہو۔ اگر نبضان پانچ یا چھ منٹ سے موقوف ہو تو تقریباً یقینی طور پر بچہ ناقابل احیا ہے۔ پرولیپسڈ کارڈ (ساقط حبل) کے نصف سے زیادہ واقعات میں بچہ سٹل بارن (stillborn = مردہ تولد) ہوتا ہے، اور یہ قدرتی بات ہے کہ جتنی جلد کارڈ (حبل) نیچے آئے گی اور جتنی جلد اغشیہ پھٹینگے اتنا ہی انذار زیادہ خراب ہوگا۔

علاج

پریزنٹیشن (تطریق) کی صورت میں کوئی ایسی بات نہ کرنی چاہیئے جس سے

اغشیہ کے انشقاق کی تحریک ہو کیونکہ انشقاق ہونے تک بچہ کو کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ پس جب تک کہ انشقاق واقع نہ ہو ری پوزیشن (reposition = توضیع) کی بالکل کوشش نہ کرنی چاہیے، اور ویجائنل (مہبلی) امتحان سے اجتناب کرنا چاہیئے، یا اگر امتحان ضروری ہی ہو تو اسے نہایت درجہ احتیاط کے ساتھ انجام دینا چاہیئے۔ زچہ کو بستر پر پُرسکون رکھنا چاہیئے، اور بہتر یہ ہے کہ حقنہ دینے کی بھی ممانعت کر دی جائے۔ بغور تحقیق کرنا چاہیئے کہ کارڈ (حبل) کے نزول کا سبب کیا ہے کیونکہ جو کچھ حالت پائی جائے گی اس کے لحاظ سے علاج میں ضرور رد و بدل کرنا پڑے گا۔ چنانچہ اگر سر اور پیلوس (حوض) میں اسقدر عدم مطابقت ہو کہ قدرتی گذرگاہوں سے ایک زندہ بچہ کی ولادت غیر اغلب ہو تو سیزرین سیکشن (Cæserian section = قیصری شگاف) کی ضرورت ہوگی۔ جب تک کہ اغشیہ صحیح و سالم ہیں لائکر امینائی (رحل) شدید ضغطہ نہیں پڑنے دیتا، اور اگر تطریقی حصہ مرتبط نہ ہوا ہو تو ہمیشہ یہ امکان رہتا ہے کہ کارڈ (حبل) واپس چلی جائے گی بشرطیکہ زچہ کو ایسی وضع میں رکھ دیا جائے کہ فنڈس (قعر) رحم کا پست ترین اور سروکس (عنق) بلند ترین حصہ ہو۔ اس سے کارڈ (حبل) کے تطریقی حصہ کو فنڈس (قعر) میں ڈھلک جانے کا موقع ملتا ہے۔ یہ صورت حالات بہترین طور پر نی چیسٹ (knee-chest = رکبی صدری) وضع سے پیدا ہوتی ہے، لہٰذا زچہ کو اسی وضع میں لانا چاہیئے اور جتنی دیر تک ممکن ہو اس میں رکھنا چاہیئے (تصویر ۱۵۶)۔ جب زچہ زیادہ دیر نہ رہ سکے (بالعموم اس کی حد برداشت ۲۰۔ ۳۰ منٹ تک ہوتی ہے) تو اسے آہستہ سے پھرا کر ایک کروٹ پر کر دینا چاہیئے، اور اگر یہ معلوم کرنا ممکن ہو کہ کارڈ (حبل) تطریقی حصہ کے کس جانب اُتری ہوئی ہے، تو زچہ کو اس کی مخالف کروٹ پر کر دینا چاہیئے اور لٹائے رکھنا چاہیئے۔ ٹرینڈلینبرگ (Trendelenberg) وضع بھی نی چیسٹ (رکبی صدری) وضع کے مماثل ہے، لیکن اس سے کم
واضح اثر رکھتی ہے۔ اس وضع کے بھی حامی موجود ہیں کیونکہ ان کی رائے میں یہ زیادہ 386
طویل مدت تک قائم رہ سکتی ہے۔ تاہم یہ امر مشکوک ہے کہ طویل پوسچرل (postural = وضعی) علاج سے بہت فائدہ حاصل ہوتا ہے اور اس کے بخلاف یہ نقصانات معتدبہ ہیں، عصبی اور جسمانی خستگی، وضع حمل کی اطالت پذیری، اور وضع بدلنے میں اغشیہ کے

انشقاق کا خطرہ بڑھ جانا۔

پرولیپس (سقوط) کی صورت میں اگر نبضان موجود ہو تو کوشش کرنی چاہیے کہ کارڈ (حبل) کو تطریقی حصہ کے اوپر بحال کیا جائے اور ولادت ہونے تک اسے وہیں رکھا جائے۔ ایسا کرنے کے طریقے اس امر کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتے ہیں کہ پرولیپس (سقوط) وضع حمل کے کس مرحلہ پر ہوا ہے اور کون سے سبب سے پرولیپس (سقوط) پیدا ہوا ہے۔ علاج پر غور کرنے کی آسان ترین طرز یہ ہے کہ پہلے کارڈ (حبل) کو تطریقی حصہ کے اوپر بحال کرنے اور قائم رکھنے کے طریقے بیان کئے جائیں پھر یہ کہ وضع الحمل کے



تصویر ۱۵۶۔ کارڈ (حبل) کی پریزنٹیشن (تطریق) کے علاج کے لئے نی چیسٹ (رکبی صدری) وضع۔

اس وضع میں کارڈ (حبل) فنڈس (قعر) کی طرف گرنے کا رجحان رکھتی ہے اور تطریقی حصہ برم (لگر) سے ہٹ جانے کا رجحان رکھتا ہے کہ جس سے کارڈ (حبل) پر دباؤ کا خطرہ کم ہو جاتا ہے۔

کن مراحل اور کن حالتوں میں ہر ایک طریقہ اطلاق پذیر ہوتا ہے اور پھر وضع حمل کا مابعد انصرام۔ چونکہ بچہ کی خاطر ہی ان سب ورزیوں کا بیڑا اٹھایا جاتا ہے لہٰذا کارڈ (حبل) میں نبضان کا فقدان بدیہی طور پر مداخلت کے خلاف ایک بین دلیل ہے البتہ مداخلت

اس صورت میں کیجا سکتی ہے کہ عدم نبضان وضع حمل کے کسی نہایت ہی آخری مرحلہ میں پایا جائے جب کہ سرعت سے ولادت کرانے میں ماں کو کچھ خطرہ نہیں ہوتا۔ نرم نرم کارڈ (حبل) ولادت میں کوئی رکاوٹ نہیں پیدا کرتی، لہٰذا تاوقتیکہ بچہ کے زندہ تولد ہونے کی کچھ امید نہ ہو، بچہ کی خاطر مداخلت کرنا غیر ضروری ہے۔

کارڈ (حبل) کی بحالی ہاتھ سے ہوسکتی ہے یا آلہ سے۔

دستی ری پوزیشن (توضیع)۔ این استھیسیا (عدم حسیت) کے تحت ویجائنا (مہبل) میں سارا ہاتھ ڈال دیا جاتا ہے، اور کارڈ (حبل) کے پرولیپسڈ (ساقط شدہ) چنبر کو، دو انگلیوں کے درمیان پکڑ کر، سر سے اوپر دھکیلا جاتا ہے۔ اس میں کچھ دیر لگتی ہے۔ بالعموم بہترین ترکیب یہ ہے کہ پہلے اس حصہ کو اوپر دھکیلا جائے جو سب سے آخر میں اترا ہو، یعنی چنبر کے بازوؤں کو۔ اگر یہ اوپر ہو جائیں تو پھر چنبر کا وہ حصہ جو سب سے زیادہ اسفل ہوتا ہے سب سے آخر میں دھکیلا جاتا ہے۔ اگر چنبر کے بازو اوپر دھکیلتے ہی دوبارہ 387
گر پڑیں، تو پھر انسب یہ ہے کہ پہلے اسفل چنبر کو بحال کرنے کی کوشش کی جائے، جس سے اس کے ہر دو جانب چھوٹے چھوٹے چنبر باقی رہ جائینگے چنانچہ بڑے چنبر کے بعد ان کو بھی باری باری اوپر دھکیلنا چاہیئے۔ دستی بحالی کا آسان ترین طریقہ یہ بتایا گیا ہے کہ چنبر کو عقیم گاز (gauze) میں لپیٹ لیا جائے، جس سے یہ ایک ٹھوس تودہ کی صورت بن جاتا ہے اور پھر اس سارے تودہ کو سر سے اوپر دھکیلا جائے۔ جب کارڈ (حبل) ایک مرتبہ پیچھے ہٹ چکے، تو پھر اسے انگلیوں کے ذریعہ اوپر قائم رکھنے کی کوشش کرنی چاہیئے اور اس کی واپسی کو روکنے کے لئے سر کو برم (دگر) میں دبا دینا چاہیئے، اور پھر ویجائنا (مہبل) کا اصمام کر دینا چاہیئے۔ ازاں بعد سر کو برم (دگر) میں قائم رکھنے کی امید سے ایک مضبوط بائنڈر (شکم بند) باندھ دینا چاہیئے۔ اگر یہ نہ کیا گیا تو کارڈ (حبل) دوبارہ نیچے اتر آئے گی۔ لہٰذا دستی ری پوزیشن (توضیع) سے صرف اسی صورت میں فائدہ ہے کہ آس (فم) پوری طرح یا تقریباً پوری طرح کشادہ ہو اور سر پیلوس (حوض) میں داخل ہوسکتا ہو یا فارسیپز (کلاب) کے ذریعہ نیچے لایا جاسکتا ہو نیز رحمی پیری (اولیں ولادت عورتوں) میں اگر ویجائنا (مہبل) ہاتھ کے ادخال کے لئے کافی کشادہ نہ ہو، تو یہ طریقہ کارآمد نہ ہوگا۔

ری پوزیشن (توضیع) کی کوشش بغیر اس کے کہ این اسنتھیٹک (معدم حس) استعمال کرایا جائے ممکن ہے مفید ثابت ہو۔ یہ اس وقت کرنی چاہیئے جب کہ زچہ نی البو (knee-elbow = رکبی مرفقی) وضع میں ہو۔ لیکن اس میں کامیابی کی ایسی امید نہیں ہے کہ جیسی ایک این اسنتھاٹزڈ (عدیم الحس) زچہ کی صورت میں ہوتی ہے۔ نہ اس سے ان کیفیات کی جو نزول کارڈ (حبل) کی مساعد ہوئی ہوں، تحقیق کرنے کا زیادہ موقع ملتا ہے۔

آلتی ری پوزیشن (توضیع)۔ اس کیلئے خاص ریپازیٹرز (repositors = آلات توضیع) اختراع کئے گئے ہیں، لیکن معمولی مردانہ گم الاسٹک (gum-elastic) قاساطیر جو اس مقصد کے لئے عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے، ان کو کوئی خاص فوقیت حاصل نہیں، اِلّایہ کہ وہ زیادہ دراز ہوتے ہیں۔ اگر کوئی قاساطیر بآسانی دستیاب نہ ہو، تو ویل بون (whale-bone = عظم القیطس) کا ایک لمبا ٹکڑا جس کے ایک سرے میں چھید پڑا ہوا ہو، استعمال کر سکتے ہیں۔ بڑی سے بڑی جسامت کا قاساطیر استعمال کیا جاتا ہے، اور اس کے ساتھ عقیم فیتے یا رسی کا ٹکڑا لگا ہوتا ہے جس کے ذریعہ کارڈ (حبل) کو پھانسا جاتا ہے۔ پھر قاساطیر اور پھنسے ہوئے کارڈ (حبل) کو تطریقی حصہ سے اوپر لیجایا جاتا ہے اور اس جگہ چھوڑ دیا جاتا ہے تاآنکہ بچہ تولد ہو جاتا ہے۔ کارڈ (حبل) کو پھانسنے کے کئی طریقے ہیں۔ قاساطیر کو "چشم" کے پاس دوسری طرف چھید دیا جاتا ہے اور ایک فیتہ کا چنبر اس میں اس طرح پرو دیا جاتا ہے کہ جس طرح کسی سوئی میں پروتے ہیں۔ پھر برولیپسڈ کارڈ (ساقط حبل) کی گنڈلی کو اس فیتے کے چنبر میں سے گذارا جاتا ہے، اور فیتے کے آزاد سروں کو قاساطیر کی دوسری جانب سے کھینچ لیا جاتا ہے۔ اس سے چنبر کس جاتا ہے اور کارڈ (حبل) کی گنڈلی، قاساطیر کی "چشم" کے پاس آجاتی ہے۔ اس گنڈلی کو اسی حالت پر قائم رکھا جاتا ہے، اور فیتے پر صرف اتنا جبر کیا جاتا ہے کہ گنڈلی اپنی جگہ پر قائم رہے اور بھنچے نہیں۔ پھر قاساطیر اور کارڈ (حبل) کو رحم میں اونچا کیا جاتا ہے یہاں تک کہ تطریقی حصہ کے نیچے کارڈ (حبل) بالکل باقی نہیں رہتی۔ اس طریقہ کی ایک ترمیم یہ ہے کہ فیتے کو کارڈ (حبل) کی گنڈلی کے گرد لیجایا جاتا ہے اور پھر اس چنبر کو قاساطیر کی نوک پر اٹکا دیا جاتا ہے۔ جب کارڈ (حبل) سر سے اوپر جا چکے، تو قاساطیر نکال لیا جاتا ہے، اس سے چنبر قاساطیر کی

نوک سے اتر جاتا ہے لیکن کارڈ (حبل) نیچے نہیں آتی۔ ایک اور طریقہ یہ ہے کہ فیتہ پرونے 388
کے لئے قاساطیر کا دھاتی سٹلیٹ (stilette = گز لک) استعمال کیا جائے۔ فیتے کا چنبر قاساطیر کی "چشم" میں ڈالا جاتا ہے اور سٹلیٹ (گز لک) کے گرد لیجا کر دوبارہ نکال لیا جاتا ہے اب اسکو بالکل مماثل طریق پر کارڈ (حبل) کی گنڈلی کو پھانسنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ جب کارڈ (حبل) ایک مرتبہ رحم میں اونچی ہو جاتی ہے تو سٹلیٹ (گز لک) کو نکال لیا جاتا ہے جس سے فیتہ آزاد ہو جاتا ہے اور کارڈ (حبل) پر کوئی ضغطہ ہو تو ہٹ جاتا ہے،







پرولیپسڈ کارڈ (ساقط حبل) کی ری پوزیشن (توضیح) ایک قاساطیر کے ذریعہ۔

تصویر ۱۵۷
قاساطیر کو چشم کے بالمقابل چھید دیا گیا ہے اور دونوں سوراخوں میں ایک فیتہ کا چنبر پرو دیا گیا ہے جس کے ذریعہ کارڈ (حبل) کی گنڈلی کو پھانس لیا گیا ہے۔

تصویر ۱۵۸
دونوں سوراخوں میں اسی طور پر ایک دھاگا ڈالا گیا ہے اور کارڈ (حبل) کی گنڈلی دھاگے کے چنبر میں پکڑی ہوئی ہے جو کہ قاساطیر کی نوک پر ڈال دیا گیا ہے۔

تصویر ۱۵۹
فیتہ کو قاساطیر کے سٹلیٹ (گز لک) کے گرد گذار کر کارڈ (حبل) کی گنڈلی کے گرد باندھا گیا ہے۔

اور قاساطیر کو نکالنا ممکن ہو جاتا ہے۔ بلاشبہ ہر عامل کو ان سے کچھ مختلف طریقے بھی سوجھیں گے۔
اگر قاساطیر میں دُہرا چنبر پرونے میں کوئی دقت معلوم ہو تو ایک چھوٹا سا اکہرا فیتہ لینا چاہیے،

اس کے سروں میں گرہ دینے پر ایک چنبر بن جاتا ہے جس میں کارڈ (حبل) کی گنڈلی گزار کر کھینچی جاسکتی ہے۔ فیتہ کو رسی پر ترجیح دینی چاہیے کیونکہ اس سے کارڈ (حبل) کے مضغوط ہونے کا کم احتمال ہوتا ہے۔ قاساطیر کے نکالنے کی کوشش کرنا خلاف مصلحت ہے کیونکہ اس سے پرولیپس (سقوط) دوبارہ واقع ہونے کا خطرہ ہے۔ کارڈ (حبل) کو بحال کرنے کے لئے یوٹرائن پالیپس (uterine polypus= رحمی سعدانہ) والا کلاب یا رنگ فارسیپز (ring forceps= حلقہ دار کلاّب) بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

رحم میں کارڈ (حبل) کو صرف اس طرح قائم رکھا جاسکتا ہے کہ تطریقی حصہ کو نیچے لاکر لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (رحمی قطعہ اسفل) کو معمور کر دیا جائے، یا کوئی موسع تھیلی مثلاً چمپیٹر ڈی ریبز بیگ (Champetier de Ribes bag = چمپیٹر ڈی ریبز کی تھیلی) کو اندر رکھ دیا جائے۔ اگر سر تطریق کر رہا ہو تو یہ صرف اسی صورت میں نیچے لایا جاسکتا ہے کہ سروکس (عنق) پورے طور پر یا تقریباً پورے طور پر کشادہ ہو۔ اس کے برخلاف، اگر بریچ (سرین) تطریق کر رہی ہو اور بہت کم توسیع موجود ہو، تو ایک ٹانگ کو نیچے لایا جاسکتا اور سروکس (عنق) میں ڈاٹ
لگانے کے لئے ہاف بریچ (half-breech= ایک سرین) کو استعمال کیا جاسکتا ہے۔ چنانچہ 389
کارڈ (حبل) کے پرولیپس (سقوط) کے علاج میں پوڈالک ورشن (قدمی گردش) بسا اوقات اختیار کی جاتی ہے۔

لہٰذا کارڈ (حبل) کی ری پوزیشن (توضیع) کے بعد انصرام سب سے پہلے اس امر پر منحصر ہوگا کہ وضع الحمل کس مرحلہ تک پہنچ چکا ہے۔

اگر اَس (فم) میں دو انگلیوں کی گنجائش ہو اور لائکر امینیائی (رطل) کی کافی مقدار موجود ہو، تو بائی پولر ورشن (bipolar version= قطبینی گردش) کرکے ایک ٹانگ کو نیچے لے آؤ اگر اس میں ناکامی ہو تو ایک ڈی ریبز بیگ (de Ribe's bag= ڈی ریبز کی تھیلی) داخل کر دینا چاہیے۔ اگر اَس (فم) اتنا کشادہ ہو کہ ہاتھ کو اندر گھسانے اور اندرونی ورشن (گردش) انجام دینے کی گنجائش ہو تو پوڈالک ورشن (قدمی گردش) کرکے ایک ٹانگ نیچے لے آؤ۔ اگر اَس (فم) تقریباً پورے طور پر کشادہ ہو اور جنینی تکلیف زدگی کی امارات موجود ہوں جو سریع ولادت کی ضرورت ظاہر کریں تو فارسیپز (کلاّب) کو

لگادو۔ اور جونہی کہ کارڈ (حبل) سر کے خوب اوپر ہو جائے، سر کو آہستہ سے نیچے کی طرف کھینچو اور یہاں پکڑے رکھو اور ساتھ ساتھ سروکس (عنق) کی کور کو سر سے اوپر کھسکاتے جاؤ۔ جوں ہی کہ سارا سروکس (عنق) اوپر چلا جائے، ولادت کراؤ۔ جب ورٹکس (قمہ) تطریق کر رہا ہو اور سروکس (عنق) سر سے اوپر بازکشیدہ ہو تو سب سے آسان اور سب سے سریع طریقہ کلاب کے ذریعہ ولادت کرانا ہے، لیکن ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) میں طاقتور رحمی فعل ظاہر کرتا ہے کہ وضع حمل کو سرعت کے ساتھ قدرتی طور پر ختم ہو لینے دینا چاہیے۔ فلیٹنڈ پیلوس (چپٹے حوض) میں اور ہر اس مثال میں جس میں سر کی وضع فارسیپز (کلاب) کے ذریعہ جلد ولادت کرانے کے لئے غیر مساعد ہو، مثلاً آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعات اور فیس (face=وجہی) اور برو پریزنٹیشنز (جبینی تطریقات) میں، ورشن (گردش) کو ترجیح دینی چاہیئے۔ بریچ (سرینی) مثالوں میں علاج کا ایک بدیہی طریقہ ٹانگ کو نیچے لانا ہے، لیکن اگر بریچ (سرین) نیچے پیلوک اوٹ لٹ (حوضی مخرج) پر ہو تو اس صورت میں کنجھائے ران پر ٹریکشن (جر) کر کے ولادت میں تعجیل کیجاتی ہے۔ عرضی افتادوں میں، ہر حالت میں قدمی گردش کرنی چاہیئے اور کارڈ (حبل) کا سقوط اس علاج میں کچھ فرق نہیں ڈالتا، الا اس حد تک کہ کمزور نبضان، وضع الحمل کی سریع تکمیل کی ضرورت ظاہر کرتا ہے۔

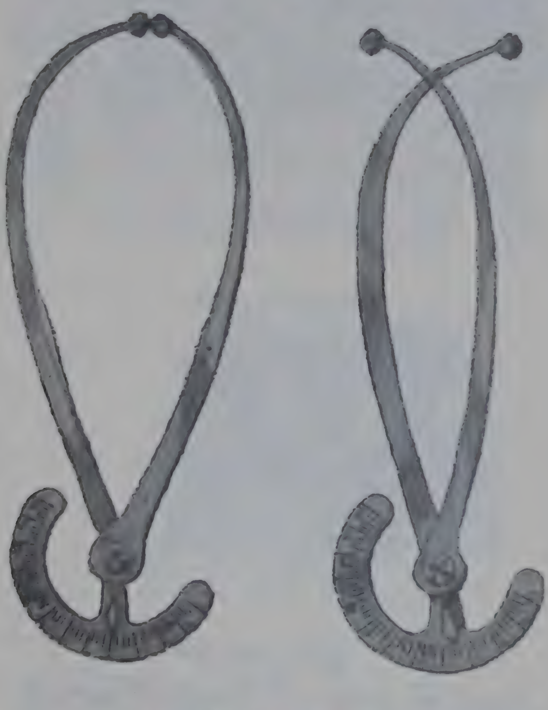
390

باب سی و چہار

کانٹریکٹڈ پیلویس (CONTRACTED PELVIS= منقبض حوض)

پیلوی میٹری (pelvimetry= حوض پیمائی)

آیا کسی مریضہ کا پیلویس (حوض) طبعی جسامت سے بڑا ہے یا چھوٹا' اس کی تحقیق



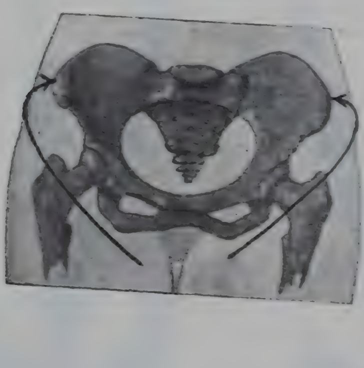
تصویر۔۱۶۰ پیلوی میٹر (حوض پیما)۔

کے لئے چند ناپ لینے کی ضرورت ہے۔ اس کو پیلوی میٹری (حوض پیمائی) کہتے ہیں جکی دو قسمیں ہیں، بیرونی اور اندرونی۔

بیرونی پیلومیٹری (حوض پیمائی) کا فائدہ یہ ہے کہ اس سے اندرونی ناپوں کی جسامت کم و بیش صحت کے ساتھ (عام طور پر زیادہ نہیں بلکہ کم صحت کے ساتھ) مستنبط کیجا سکتی ہے لیکن اس کا سب سے بڑا فائدہ یہ ہے کہ اس سے پتہ چلتا ہے کہ کس قسم کا



تصویر ۱۶۱ - الف



تصویر ۱۶۱ - ب

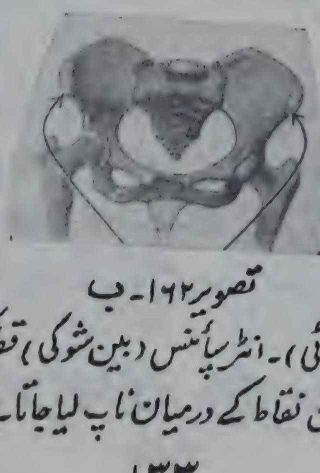
پیلوی میٹری (حوض پیمائی) انٹر کرسٹل (بین عرفی) قطر ناپنا۔

چھوٹی تصویر بتاتی ہے کہ کالبد پر کن نقاط کے درمیان ناپ لیا جاتا ہے۔

کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) موجود ہے۔
اندرونی پیلوی میٹری (حوض پیمائی) سے صحیح تر نتائج حاصل ہوتے ہیں، لیکن اس طریقہ سے پیلوس (حوض) کو بخوبی ناپنا این استھیٹک (معدم حس) کے بغیر محال ہے۔
پیلوی میٹر (حوض پیما) ایک کیلیپرز (طول پیما = calipers) ہوتا ہے اتنی 391



تصویر ۱۶۲-الف



تصویر ۱۶۲-ب
پیلوی میٹری (حوض پیمائی)۔ انٹر سپائنس (بین شوکی) قطر کو ناپنا۔ چھوٹی تصویر بتاتی ہے کہ کالبد پر کن نقاط کے درمیان ناپ لیا جاتا ہے۔

جسامت کا کہ جو پیلوس (حوض) کے ناپنے کے لئے موزوں ہو۔ ایک فائدہ مند نمونہ وہ ہے کہ جس کے ذریعہ بازوؤں کو کھولنے کی بجائے ان کو صلیب نما انداز سے رکھکر اندرونی ناپ [یعنی پیلوک اوٹ لٹ (حوضی مخرج) کے ناپ] لئے جاتے ہیں (تصویر ۱۶۰)۔

بیرونی ناپ

انٹرکرسٹل (intercristal = بین عرفی)۔ اس کو اس طرح ناپا جاتا ہے کہ کیلیپرز (calipers = طول پیما) کی نوکوں کو الئیم (ilium = حرقفہ) کے کرسٹز (crests = عرفین) کے بیرونی کناروں پر رکھ کر عریض ترین عرضی ناپ لیا جاتا ہے۔ طبعی ناپ ۱۱ انچ (۵ر۲۷ سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۱۶۱ الف اور ۱۶۱ ب)۔

392 انٹرسپائنس (interspinous = بین شوکی)۔ اس کے لئے کیلیپرز (طول پیما) کی نوکوں کو انٹیریر سوپیریر الیک سپائنز (مقدم فوقانی حرقفی شوکوں) کے باہر کی جانب رکھا جاتا ہے۔ طبعی ناپ ۱۰ انچ (۲۵ سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۱۶۲ الف اور ۱۶۲ ب)۔

اگر یہ ناپ معمول سے کمتر ہوں لیکن ان کے درمیان جو فرق ہوتا ہے وہ غیر مبدل یا بڑھا ہوا ہو تو پیلوس (حوض) غالباً عمومی طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) ہوگا۔ اور اگر تناسب اس طرح بدلا ہوا ہو کہ انٹرسپائنس (بین شوکی) ناپ انٹرکرسٹل (بین عرفی) کے برابر یا اس سے زیادہ بڑا ہو تو غالباً فلیٹ پیلوس (flat pelvis = چپٹا حوض) موجود ہے۔

ایکسٹرنل کانجوگیٹ (external conjugate = بیرونی مزدوج)۔ یہ ناپ مریضہ کو کھڑا کرکے لیا جاتا ہے۔ پیلوی میٹر (pelvimeter = حوض پیما) کی ایک نوک کو پیوبز (pubes = عانہ) کے سامنے حصے پر اور دوسری کو آخری لمبر (lumbar = قطنی) فقرہ کے شوکہ پر رکھا جاتا ہے۔ ناپ کی طبعی جسامت ½۷ انچ (۱۹ سنٹی میٹر) ہے (تصویر ۱۶۳ الف اور ۱۶۳ ب)۔ 393

آخری لمبر (قطنی) فقرہ کا شوکہ اس طرح دریافت کیا جاتا ہے کہ ایک خط لیا جاتا ہے

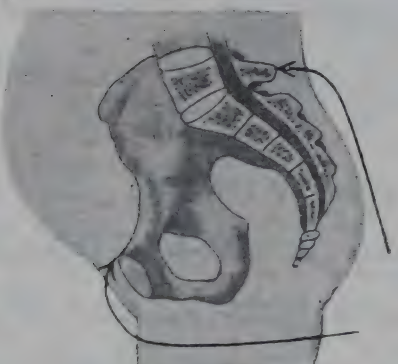
جو دونوں پوسٹیریر سوپیریر الیک سپائینز (عقبی فوقانی حرقفی شوکوں) کو ملاتا ہے، ایک نقطہ جو اس خط کے مرکز سے ۱ - ۱½ انچ اوپر ہو، آخری لمبر (قطنی) شوکہ کا مقام ظاہر کرتا ہے۔ جلد میں چند گڑھے پوسٹیریر سوپیریر سپائینز (عقبی فوقانی حرقفی شوکوں) کا مقام بتاتے ہیں (تصویر ۱۶۴ الف اور ۱۶۴ ب)۔

آخری لمبر (قطنی) فقرہ کا شوکہ دریافت کرنے کا ایک اور طریقہ جو فربہ مریضہ میں مفید ہو سکتا ہے، یہ ہے کہ ایک خط لیا جاتا ہے جو الیک کرسٹز (iliac crests = حرقفی عرفوں) کے بلند ترین نقاط کو ملاتا ہے اور اس سے تین انگل نیچے شوکہ پر ایک نشان کر دیا جاتا ہے۔

ایکسٹرنل کانجوگیٹ (external conjugate = بیرونی مزدوج) کے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ ٹرو کانجوگیٹ (true conjugate = صادق مزدوج) سے ۳½ انچ زیادہ لمبا ہوتا ہے، لیکن یہ ٹھیک اتنا نہیں ہوتا، کیونکہ ہڈیوں اور زیر جلدی بافتوں کی موٹائی بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ لہٰذا یہ محض ایک سرسری رہنما ہے، یعنی اگر یہ ۷½ انچ سے زیادہ ہو تو



تصویر ۱۶۳ الف



تصویر ۱۶۳-ب

پیلومیٹری (حوض پیمائی)۔ ایکسٹرنل کانجوگیٹ (بیرونی مزدوج) کو ناپنا۔ اسکو انجام دینے کا سب سے سہولت وہ طریقہ یہ ہے کہ مریضہ کو کھڑا رکھا جائے۔ چھوٹی تصویر بتاتی ہے کہ کالبد پر کن نقاط کے درمیان ناپ لیا جاتا ہے

ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) غالباً چھوٹا نہیں ہوا ہے، اور اگر یہ ۴ انچ سے کم ہے تو ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) غالباً چھوٹا ہو گیا ہے۔

اوٹ لٹ (مخرج) پر پیش پسی ناپ اس طرح لیا جاتا ہے کہ مریضہ کو لتھاٹومی (lithotomy = حصاۃ شگاف) وضع میں لٹا دیا جاتا ہے، اور پیوبک آرچ (pubic arch = محراب عانی) کے راس سے لیکر کاکسکس (coccyx = عصعص) کی نوک تک ناپا جاتا ہے (تصویر ۱۶۵ الف اور ۱۶۵ ب)۔ اگر کاکسکس (عصعص) پیچھے کی طرف حرکت کرے تو یہ قطر ½ ۱ انچ اور بڑھ جاتا ہے اور قریب قریب اتنا ہو جاتا ہے کہ جتنا پیوبک آرچ (محراب عانی) اور سیکرو کاکسیجیل جائنٹ (عجزی عصعصی مفصل) کے درمیان فاصلہ ہوتا ہے۔

394 **پوسٹیریر انٹر سپائنس (عقبی بین شوکی) قطر**۔ ایک طبعی پیلوس (حوض) میں پوسٹیریر سپیریر سپائنز (عقبی فوقانی حرقفی شوکوں) کا درمیانی فاصلہ انٹیریر سپیریر سپائنز (مقدمی فوقانی شوکوں) کے درمیانی فاصلہ کا تقریباً ایک ثلث ہوتا ہے۔ اگر پوسٹیریر انٹر سپائنس (posterior interspinous = عقبی بین شوکی) فاصلہ اتنا کم ہو جائے کہ یہ انٹیریر انٹر سپائنس (anterior interspinous = مقدمی بین شوکی) کا ربع یا خمس رہ جائے تو اس سے پتہ چلتا ہے کہ ایک فلیٹنڈ پیلوس (چپٹا حوض) موجود ہے۔ یہ ناپ ایسا ہے کہ ایک فربہ مریضہ میں اس کا ٹھیک ٹھیک لینا دشوار ہے۔

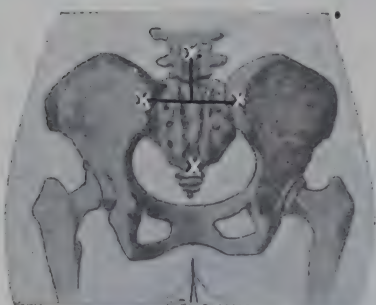
فیتہ کے ذریعہ ناپنا۔ یہ تحقیق کرنے کے لئے کہ آیا پیلوس (حوض) ترچھا ہے یا نہیں، مثلاً نیگل (Nægle) کا ترچھا پیلوس (حوض) یا دیرینہ یک جانبی نوضی مرض کا پیلوس (حوض) ہے یا نہیں، فقرات سے یا ایک پوسٹیریر سوپیریر ایلیک سپائن (عقبی فوقانی حرقفی شوکہ) سے لے کر سامنے کی جانب چکر کھاتے ہوئے، مخالف جانب کے انٹیریر سوپیریر سپائن (مقدمی فوقانی شوکہ) تک فیتہ کے ذریعہ ناپ لئے جاتے ہیں۔ اگر یہ دونوں ناپ مختلف طول کے ہوں تو پیلوس (حوض) متشاکل نہیں ہے۔

اندرونی ناپ

ڈایاگنل کانجوگیٹ (diagonal conjugate = وتری مزدوج) پیوبیز



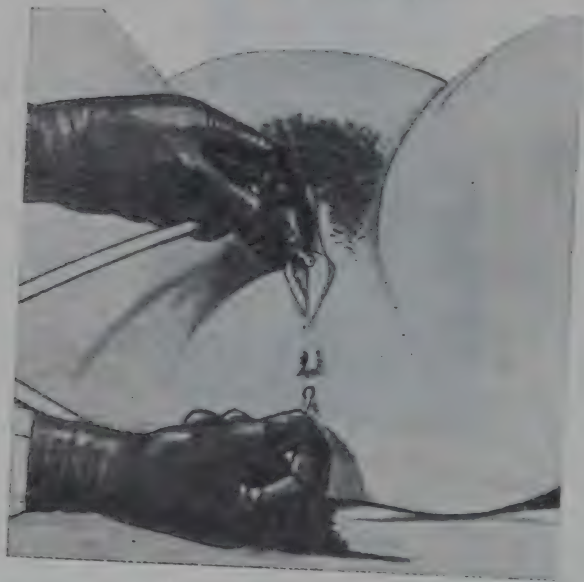
تصویر ۱۶۴-الف



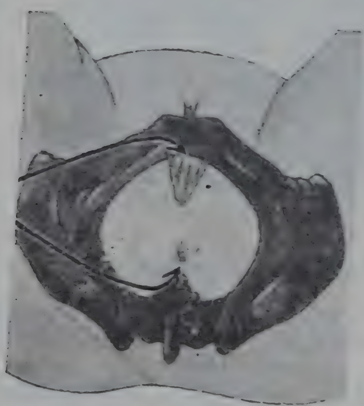
تصویر ۱۶۴-ب

ایک دُبلی پتلی مریضہ کا پچھلا منظر جسمیں مائیکالیس (Michaelis) کا رامبائڈ (rhomboid=معین نما) دکھایا گیا ہے۔ یہ ایک ہیرا نما نشیب ہے جو کہ خط وسط میں سرینوں کے ابھار سے ذرا اوپر واقع ہے۔ زیرین تصویر کی صلیبیں بتاتی ہیں کہ کونسے عظمی نقطے رامبائڈ (معین نما) کے چار زاویوں سے تناظر ہیں۔ ظاہر ہے کہ رامبائڈ (معین نما) کا بالائی نصف اُن خطوط میں محصور ہے جو کہ پوسٹیر یر سوپیر یر سپائنز (عقبی فوقانی شوکوں) کو پانچویں لمبر (قطنی) فقرہ کے شوکہ کے ساتھ ملاتے ہیں۔ یہ تین نقاط جلد پر گڑھوں کی صورت میں نظر آتے ہیں اور ان کا فائدہ یہ ہے کہ جب ایکسٹرنل کانجوگیٹ (بیرونی مزدوج) کو ناپا جاتا ہے تو ان کے ذریعہ پانچویں لمبر (قطنی) شوکہ کا مقام متعین کیا جاتا ہے۔

(عانہ) کے زیریں کنارے سے لیکر سیکریم (عجز) کی پرومانٹری (promontory = طنف) تک



تصویر ۱۶۵-الف



تصویر ۱۶۵-ب

پیلوی میٹری (حوض پیمائی)۔ پیلویس (حوض) کے اوٹ لٹ (مخرج) کا وہ پیش لیپی قطر ناپنا جو کہ کاکسکس (عصعص) تک ہوتا ہے چھوٹی تصویر بتاتی ہے کہ کالبد پرکن نقاط کے درمیان ناپ لیا جاتا ہے۔

ناپا جاتا ہے۔ یہ ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) سے $\frac{1}{2}$ انچ سے ذرا زیادہ لمبا ہوتا ہے۔ جن مثالوں میں پرومانٹری (طنف) بہت اونچی ہوتی ہے [جیسا کہ عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) میں ہوتا ہے] ان میں یہ فرق اور زیادہ ہوتا ہے، اور ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) نکالنے کے لئے ڈایاگنل (وتری) سے $\frac{3}{4}$ یا زیادہ انچ منہا کرنا پڑتا ہے۔

ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) ناپنا ہو تو مریضہ کو بائیں کروٹ پر لٹادو یا پیٹھ پر لٹادو اس طرح کہ گھٹنے اٹھے ہوئے ہوں۔ دائیں ہاتھ کی پہلی اور درمیانی انگشت کو ویجائنا (مہبل) میں داخل کرو اور ان انگلیوں کی نوکوں کو پیچھے کی اور اوپر کی جانب دباؤ یہاں تک کہ درمیانی انگشت کی نوک سیکرم (عجز) کی پرومانٹری (طنف) سے لگ جائے۔ اگر پیلوس (حوض) طبعی سے زیادہ بڑا ہوگا تو انگلیاں پرومانٹری (طنف) تک نہیں پہنچ سکیں گی، لیکن اگر پیلوس (حوض) ذرا بھی کانٹریکٹڈ (منقبض) ہوگا تو پرومانٹری (طنف) با آسانی جسّ ہوسکیگی۔ جب ادھر درمیانی انگلی کی نوک پرومانٹری (طنف) کو چھوتی ہے تو اُدھر انگشت شہادت کا ریڈیل (کعبری) کنارہ سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کی زیریں سطح کو چھوتا ہے۔ دوسرے ہاتھ کی انگلی کے ذریعہ اس مقام کو نشان زد کیا جاتا ہے۔ پھر انگلیوں کو ویجائنا (مہبل) سے نکال لیا جاتا ہے اور درمیانی انگلی کی نوک سے لے کر اس مقام تک کا فاصلہ جو ہاتھ کے ریڈیل (کعبری) کنارہ پر ہوتا ہے، کیلیپرز (طول پیما) یا فیتہ کے ذریعہ ناپا جاتا ہے۔ طبعی ناپ $4\frac{3}{4}$ انچ (۱۲ 395
سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ بعض مثالوں میں ایک کاذب پرومانٹری (طنف) ملتی ہے جو پہلے اور دوسرے سیکرل (عجزی) فقرات کے انصال کے غیر معمولی ابھار کا نتیجہ ہوتی 396
ہے۔ سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے زیریں کنارے سے لے کر دونوں پرومانٹریز (طنفوں) میں سے قریب تر پرومانٹری (طنف) تک جو ناپ ہوتا ہے، اس کو ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) تصور کیا جاسکتا ہے (تصویر ۱۶۶)۔

ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) کی براہ راست پیمایش۔ وضع الحمل کے فوراً بعد ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) اس طرح ناپا جاتا ہے کہ ویجائنا (مہبل) میں سارا ہاتھ ڈال دیا جاتا ہے اور یہ معلوم کیا جاتا ہے کہ ہاتھ کس وضع میں ہو کہ یہ ٹرو کانجوگیٹ

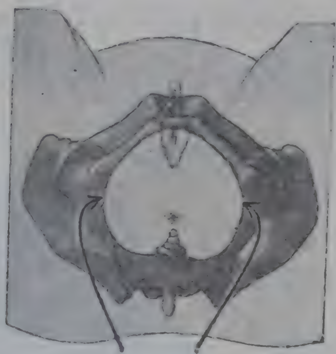
(صادق مزدوج) کو ٹھیک بھر دے۔
مثلاً ممکن ہے چار انگلیاں جو پہلو بہ پہلو ہوں اس کو ٹھیک بھر دیں، یا چار انگلیاں جن کے ساتھ انگوٹھا چپٹا لگا ہوا ہو ایسا کریں، یا بندھی مٹھی جس کا انگوٹھا پھیلا ہوا ہو ٹھیک سمائے۔ برم (گگر) کے پیش پیسی قطر کو ہاتھ کی جو بھی وضع ٹھیک بھرے اس کو یاد رکھا جاتا ہے۔ ہاتھ کو نکال لیا جاتا ہے، اور اس کی دوبارہ وہی وضع بنائی جاتی ہے، پھر اُن دو نقطوں کے درمیان کا فاصلہ جہاں بہ ترتیب پرو مانٹری (طنف) اور سمفزز پیوبس



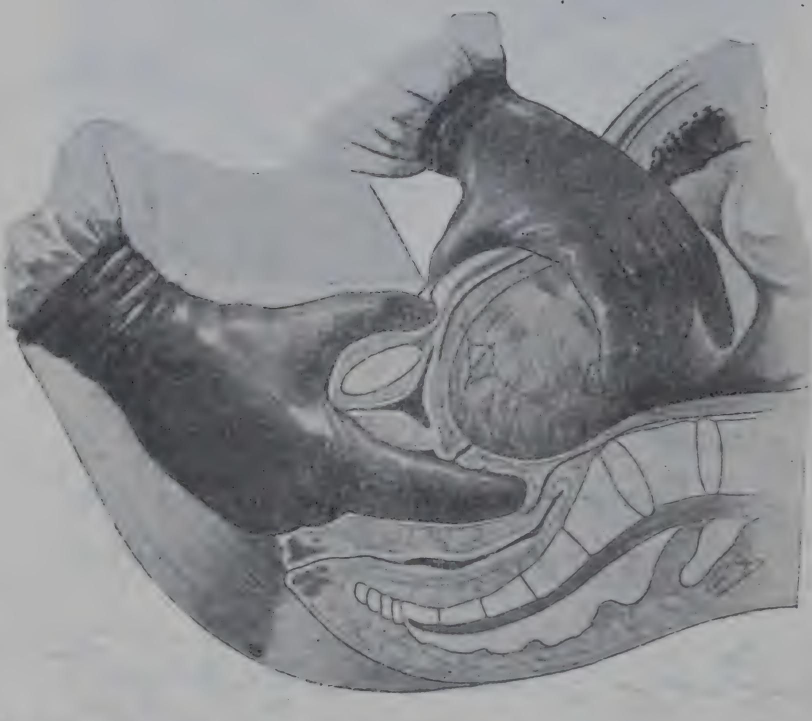
تصویر ۱۶۶۔ ڈاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) کو ناپنا۔

(ارتفاق عانہ) محسوس ہوئے تھے، کیلیپرز (calipers=طول پیما) کے ذریعہ ناپ لیا جاتا ہے۔
اسکیئل ٹیوبراسٹیز (ischial tuberosities = ورکی حدبیوں) کے درمیان کے فاصلہ کا ناپنا۔ اس کو وضع الحمل کے بعد ویجائنا (مہبل) میں پورا ہاتھ ڈال کر ناپ سکتے ہیں جیسا کہ سابقہ پیراگراف میں بیان ہوا ہے یا دوران حمل میں اس طرح ناپ سکتے ہیں کہ مریضہ کو لتھاٹومی (lithotomy= حصاۃ شگاف) کی وضع میں لٹا دیا جاتا ہے اور پھر [بشرط ضرورت این ایستھیسیا (عدم حسیت) کے تحت] پیلوی میٹر (pelvimeter=

حوض پیما) کو ویجائنا (مہبل) میں اسطرح رکھا جاتا ہے کہ اس کے بازو صلیب نما طرز پر ملے ہوئے ہوں اور

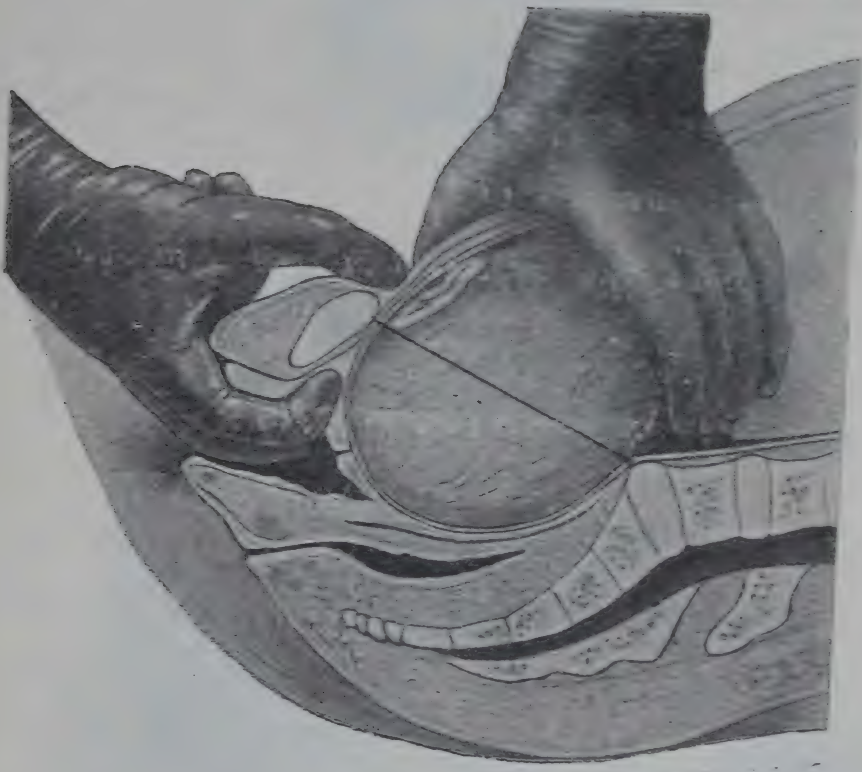


تصویر ۱۶۷۔ پیلوی میٹری (حوض پیمائی) ۔ اسکیل ٹیوبر اسٹیز دور کی حدیوں) کے درمیان فاصلہ ناپنا۔
یہ ناپ زیادہ تر ایک کائی فاٹک پیلوس (تسنمی حوض) والی مریضہ میں اہمیت رکھتا ہے
چھوٹی تصویر بتاتی ہے کہ ناپ کالبد پر کن نقاط کے درمیان لیا جاتا ہے ۔



تصویر ۱۶۸۔ منرو کر (Munro Kerr) کا طریقہ کہ جس سے ماں کے پیلوس (حوض) اور بچہ کے سر کی اضافی جسامتوں کا اندازہ لگایا جاتا ہے

پھرور کی ٹیوبراسٹیز (حدبیوں) کی اندرونی سطح تک اس کی نوکوں کی رہنمائی کیجاتی ہے۔ اس 39
ناپ کی اہمیت کائی فاٹک پیلوس (kyphotic pelvis = تسنمی حوض) کی صورت میں
اور نیز ایک عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) میں ہوتی ہے۔ طبعی ناپ ۴½ انچ
(۱۱ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔



تصویر ۱۶۹۔ سر کو پیلوس (حوض) میں بآسانی اُتارا جا سکتا ہے۔ انگوٹھا اور انگشتِ شہادت ایک دوسرے سے بہت جدا ہیں۔ نزول کا درجہ اس انگلی کے ذریعہ معلوم ہوتا ہے جو کہ سمفزز (ارتفاق) کے پیچھے رکھی ہوئی ہے۔

حمل کے دوران میں پیلوس (حوض) کے اندرونی ناپ ٹھیک ٹھیک لینے کے لئے کچھ اوزار ایجاد کئے گئے ہیں۔ لیکن ان سب اوزاروں سے مریضہ کو درد ہوتا ہے، اور

جزائر برطانیہ میں ان کا رواج ہمہ گیر نہیں ہے ۔ لہٰذا مریضہ کو وہ ذہنی اور جسمانی تکلیف دینا جو اوزاروں کے ذریعہ اندرونی پیلوی میٹری (حوض پیمائی) کرنے کا ضروری نتیجہ ہے، بالکل بیکار ہے تاوقتیکہ ان صحیح پیمائشوں سے کوئی مفید کام نہ لیا جا سکے ۔ بچہ کا سر قیاسی طور پر بھی ناپا نہیں جا سکتا، اس لئے ان ٹھیک ٹھیک حوضی تفاصیل سے کماحقہٗ استفادہ نہیں کیا جا سکتا ۔

ایک اور نکتہ جو غور طلب ہے یہ ہے کہ پیلوس (حوض) کی مطلق جسامت کی اتنی اہمیت نہیں ہے کہ جتنی اس امر کی ہے کہ بچہ کے سر کے ساتھ اس کی کیا نسبت ہے ۔ بچہ کے سر کی جسامت اور پیلوک برم (حوضی گگر) کی جسامت کا تناسب اس طرح تحقیق کیا جا سکتا ہے کہ مریضہ کو اپنی پیٹھ پر لٹا دیا جائے، اور پھر ہر ایک ہاتھ کی دو انگلیاں علی الترتیب پیشانی اور آکسی پٹ (قذال) پر رکھ کر سر کو نیچے دبایا جائے ۔ اگر سر کو پیلوس (حوض) میں اس طرح دھکیلا جا سکے تو اس کے یہ معنیٰ ہیں کہ یوٹراین کانٹریکشنز (رحمی انقباضات) بھی اس کو ضرور دھکیل سکیں گے ۔

ایک اور طریقہ اس کو تحقیق کرنے کا یہ ہے کہ جب ایک پرائٹل ایمی ننس (parietal eminence = جداری فراز) کو پرومانٹری (طنف) کی طرف دبایا جائے، تو دوسرا پرائٹل ایمی ننس (جداری فراز) کس حد تک پیوبس (عانہ) کے اوپر بروز کرتا ہے ۔ ایسا کرنے
399 کے لئے بہترین طریقہ منرو کر (Munro Kerr) کا ہے ۔ مریضہ اپنی پیٹھ پر لیٹ جاتی ہے ۔ دائیں ہاتھ کی دو انگلیاں ویجائنا (مہبل) میں داخل کردی جاتی ہیں تاکہ سر کا لیول دریافت کیا جائے، اور انگوٹھے کو سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) سے اوپر بروز کرنے دیا جاتا ہے ۔ پھر بائیں ہاتھ کے ذریعہ سر کو اوپر سے نیچے دبایا جاتا ہے اور دائیں ہاتھ کے انگوٹھے سے یہ اندازہ لگایا جاتا ہے کہ پرائٹل ایمی ننس (جداری فراز) ہڈی پیوبس (عانہ) کے اوپر کس حد تک بروز کرتی ہے (تصویر ۱۶۸) ۔ بروز کی مقدار ظاہر کرتی ہے کہ سر کو کیویٹی (کہفہ) میں داخل ہونے کے لئے مولڈنگ (انصیاغ) کی تقریباً کس مقدار کی ضرورت ہے ۔

کئی مثالوں میں یہ تحقیقات صرف این ایستھیسیا (عدم حسیت) کے تحت ہی انجام

دی جا سکتی ہے۔

کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض)

کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کے موضوع پر غور کرنے سے قبل ضروری ہے کہ



تصویر ۱۷۰۔ سر برم (دگر) میں داخل ہوتا ہے۔ انگوٹھا اور انگشتِ شہادت ایک دوسرے سے اس سے زیادہ جدا ہیں کہ جتنا تصویر ۱۷۱ میں دکھائے گئے ہیں۔ سمفسز (ارتفاق) کے پیچھے نزول کا درجہ انگشتِ شہادت کے ذریعہ معلوم کیا جا سکتا ہے جو کہ انٹیریر فارنکس (anterioτ fornix= مقدمی قبوہ) میں رکھی ہوئی ہے۔

بعض چیزوں پر تبصرہ کیا جائے کہ جن کو بالعموم طبعی اوٹ لٹ پیلوس (بالغ حوض) کی پیدائش کے عوامل تسلیم کیا جاتا ہے، کیونکہ ان میں سے بعض عوامل اپنے اثر کی تخفیف یا اشتداد کے ذریعہ جسامت اور شکل کی ان خلاف قاعدگیوں کے پیدا کرنے میں کہ جو کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کے نام سے موسوم ہیں، ایک ضروری حصہ لیتے ہیں۔

ایک شیر خوار بچہ کا پیلوس (حوض)، بچہ کی کل جسامت کے لحاظ سے بھی چھوٹا ہوتا ہے۔ 400



تصویر ۱۷۱۔ جنینی سر بریم (لگن) کے اوپر رکھا ہوا ہے لیکن اس میں نازل نہیں ہوتا۔
انگشت شہادت اور انگوٹھا ایک دوسرے کے قریب لائے جا سکتے ہیں۔

اس کا سیکرم (عجز) تقریباً مستقیم ہوتا ہے، اور شوکہ کے ساتھ ایک خفیف زاویہ (یعنی سیکرو ورٹبرل اینگل (sacro-vertebral angle = عجزی فقری زاویہ) پر جڑا ہوتا ہے،

اس کی وجہ سے پرومانٹری (طنف) بخوبی نمایاں نہیں ہوتی، اور یہ اس لیول سے کہ جس پر یہ ایک اڈلٹ پیلوس (بالغ حوض) میں ہوتی ہے، بلند تر لیول پر واقع ہوتی ہے۔ سیکرم (عجز) کی مقدمی سطح، اوپر سے نیچے کو اور ایک طرف سے دوسری طرف کو چپٹی ہوتی ہے۔ یہ تنگ بھی ہوتی ہے کیونکہ جانبی تودے کم نمو یافتہ ہوتے ہیں۔ الیک فوسی (حرقفی حفرات) انفطے ہوتے ہیں اور ان کا رُخ اندر کو ہوتا ہے۔ یہ ابتدائی پیلوس (حوض) جن ذرائع سے متغیر ہوتا ہے، وہ یہ ہیں۔

۱۔ ہڈیوں کی بالیدگی۔

۲۔ جسدی وزن کا سیکرم (عجز) کے ذریعہ بروئے کار آنا، اور ایسی ٹیبولا (acetabula= فنجانون) پر فیمورا (femora= فخذین) کا دباؤ پڑ کر اس وزن کی مزاحمت ہونا۔

۳۔ عضلی فعل اور رباطات کا تناؤ۔

یہ امر قابل لحاظ ہے کہ دوسرا اور تیسرا عامل مرد اور عورت میں یکساں بروئے کار آتا ہے۔ چنانچہ زنانہ پیلوس (حوض) کے امتیازی خصائص اس بات کا نتیجہ ہوتے ہیں کہ ہڈیوں میں چند مقررہ سمتوں میں نمو پانے کا ایک ذاتی رجحان ہوتا ہے۔

۱۔ ہڈیوں کی بالیدگی۔ سیکرم (عجز) کے ایلی (alæ= جناحین) مرکزی حصہ کی بہ نسبت زیادہ بڑھتے ہیں، بدیں وجہ سیکرم (عجز) عریض تر ہو جاتا ہے۔ مزید براں تمام ہڈیاں زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں اور انامی نیٹ (innominate= لا اسم لہ) ہڈی کے اجزاء ترکیبی کے غضروفی اتصالات، منتظم ہو جاتے ہیں۔ 401

۲۔ وزن جسم کا اثر۔ بالعموم خیال کیا جاتا ہے کہ یہ سب سے اہم عامل ہے جو اڈلٹ پیلوس (بالغ حوض) کی تکوین میں بروئے کار آتا ہے، لیکن بعض ارباب سند کا خیال ہے کہ اس کی اہمیت مبالغہ کے ساتھ بیان کی گئی ہے، کیونکہ بعض تغیرات جن کے متعلق گمان کیا گیا تھا کہ یہ اس سے پیدا ہوتے ہیں، دروں رحمی رکٹز (کساح) کی اصابتوں میں بوقت ولادت پہلے ہی سے موجود پائے گئے۔ بدیں وجہ وہ خیال کرتے ہیں کہ زیادہ اہم عامل عضلی فعل ہے۔ لیکن اس تنقید کو جائز تصور نہیں کیا جا سکتا، کیونکہ مذکورہ بالا

اصابتوں میں ہڈیاں اس قدر نرم ہوتی ہیں کہ عضلی فعل کے اثرات بڑھ جاتے ہیں۔ پیلویس (حوض) کی تشکیل میں وزن جسم کا اثر ذیل کی باتوں سے ثابت ہوتا ہے۔

۱۔ بعض ایسے تغیرات موجود ہوتے ہیں جو اگر وزن اہم عامل ہو تو نظری طور پر موجود ہونے چاہئیں۔

۲۔ رکٹز (کساح) میں جبکہ ہڈیاں نرم ہوتی ہیں یہ تغیرات شدید تر ہو جاتے ہیں۔

۳۔ یہ تغیرات اس وقت بھی شدید تر ہو جاتے ہیں جب کہ پیلوک (حوضی) ہڈیاں بالغ زندگی میں نرم ہو جائیں [جیساکہ آسٹیو میلیشیا (osteo-malacia = لینت العظام) کی خفیف اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے]۔

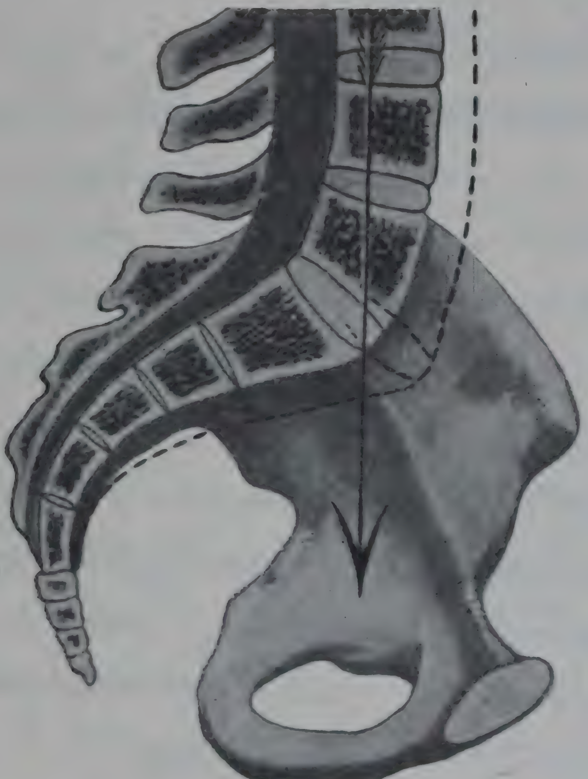
۴۔ وہ پیلوک (حوضی) تغیرات جو طویل المدت ہپ ڈزیز (hip disease = نوضی مرض) اور سکولیوسس (scoliosis = التوا) کی اصابتوں میں پیدا ہوتے ہیں کہ جن میں وزنِ جسم غیر یکساں طور پر تقسیم شدہ ہوتا ہے۔

اگر کوئی پیلوک (حوضی) بدشکلی ایسی ہو کہ جس سے پیلوک برم (حوضی گگر) کا میلان افقی مستوی کی جانب بڑھ جائے [یعنی وزنِ جسم کا وہ حصہ بڑھ جائے جو پیلوک برم (حوضی گگر) کے مستوی میں فعل کرتا ہے] تو وہ کانجوگیٹ (مزدوج) کو گھٹانے کا رجحان رکھتی ہے۔ اس کے بالعکس اگر کوئی ایسی بدشکلی ہو کہ جس سے پیلوک برم (حوضی گگر) کا میلان کم ہو جائے تو وہ کانجوگیٹ (مزدوج) کو بڑھانے کا رجحان رکھتی ہے۔ برم (گگر) کا طبعی میلان اسوقت جبکہ مریضہ وضع استادگی میں ہو تقریباً ۶۰ درجہ ہوتا ہے۔ اس وضع میں انٹیریر سوپیریر ایلیک سپائن (مقدمی فوقانی حرقفی شوکہ) اور پیوبک سپائن (عانی شوکہ) ایک ہی عمودی مستوی میں ہوتے ہیں۔

وزنِ جسم جب جسم کے مرکزِ ثقل میں سے ہو کر فعل کرتا ہے تو اس کا خط سیکرو ایلیک جائنٹ (sacro-iliac joint = عجزی حرقفی مفصل) کے وسط سے آگے ہو کر گذرتا ہے لہٰذا سیکرم (عجز) گھومنے کا رجحان رکھتا ہے اور پرومانٹری (طنف) نیچے اور سامنے آنے کا اور کاکسکس (عصعص) پیچھے اور اوپر چلے جانے کا رجحان رکھتا ہے لیکن سیکرم

(عجز) کا زیریں سرا سیکرو سیاٹک لگامنٹز (عجزی نسائی رباطات) کی وجہ سے اپنی جگہ پر قائم رہتا ہے اور ہل نہیں سکتا، لہٰذا سیکرم (عجز) جھک جاتا ہے اور اس میں بیش پیسی منحنی پیدا ہوتا ہے۔

سیکرم (عجز) کا بالائی حصہ پوسٹیریر سیکرو الیک لگامنٹز (عقبی عجزی حرقفی رباطات) 402
کی وجہ سے اپنی جگہ پر قائم رہتا ہے، اس کے باوجود سیکرم (عجز) نیچے اور سامنے کی جانب



تصویر ۱۷۲۔ یہ شکل ظاہر کرتی ہے کہ وزن جسم سیکرل پرومانٹری (عجزی طنف) کو نیچے دبانے کا فعل کس طرح انجام دیتا ہے۔ وزن جسم کو ایک تیر کا نشان ظاہر کرتا ہے۔

دھکیلا جاتا ہے، اس سے سیکرو ورٹبرل اینگل (عجزی فقری زاویہ) بڑھ جاتا ہے اور

سیکرل پرومانٹری (عجزی طنف) زیادہ اُبھرآتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی سارے کا سارا سیکرم (عجز) مجموعی طور پر پیلوس (حوض) کے برم (گگر) کے مرکز کی جانب مزید آگے بڑھ آتا ہے۔ چونکہ سیکرم (عجز) کو دونوں طرف سے سیکرو الیک لگامنٹز (sacro-iliac ligaments عجزی حرقفی رباطات) معلق پکڑے ہوتے ہیں اور وزن جسم مسلسل نیچے کی جانب اس کے مرکز میں اثر ڈالتا ہے، اس لئے سیکرم (عجز) آگے کو زیادہ تر درمیانی خط میں بڑھنے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ امر اگر ہڈیاں مرضیاتی طور پر نرم ہوں تو برم (گگر) کو گردہ نما بنا دینے کے لئے کافی ہوتا ہے [رینی فارم پیلوس (reniform pelvis = کلوی الشکل حوض)] (تصویر ۱۷۲)۔

فیمورا (femora = فخذیات) کا تقابلی دباؤ۔ وزن جسم سیکرم (عجز) سے پاؤں تک جس خط میں منتقل ہوتا ہے وہ اس خط کے اندر پڑتا ہے کہ جس میں فیمر (femur = فخذیہ) اوپر کو دباؤ ڈالتی ہے، لہذا فیمر (فخذیہ) کا دباؤ اوپر کی جانب بھی ہوتا ہے اور جزوی طور پر باہر کی جانب بھی ہوتا ہے۔ یہ اس طرح ثابت ہو سکتا ہے کہ اگر لاش میں سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کو کاٹ کر ٹانگوں کو اوپر کو دھکیلا جائے تو یہ مفصل کھُل پڑے گا۔ لیکن دوران حیات میں فیمر (فخذیہ) اور پیوبیز (عانی ہڈیوں) کے خط وسطی کے درمیان جو عضلات گزرتے ہیں وہ ان کو اندر کی جانب کھینچتے ہیں اور ان عضلات کی قوت، اور زمین پر سے فیمورا (فخذیات) کی قوت باہم ممزوج ہو کر ایسا ریزلٹنٹ (resultant = حاصل) پیدا ہوتا ہے جو اوپر اور اندر کو فعل کرتا ہے۔ لہذا اگر اختصار سے کام لیا جائے تو یہ تصور کر سکتے ہیں کہ عملی طور پر فیمورا (فخذیات) کا دباؤ اوپر اور اندر کی جانب فعل کرتا ہے۔ اس سے 403
یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ اگر کوئی مرض ایسا ہو کہ جس کی وجہ سے مریضہ طویل مدتوں تک چل پھر نہ سکے تو وہ فیمورا (فخذیات) کے اندروار دباؤ کو گھٹا دے گا، اس سے پیلوس (حوض) کے عرضی طور پر فراخ ہو جانے کا رجحان پیدا ہوتا ہے۔ ان امراض میں رکٹز (کساح) اور ہپ جائنٹ (نوضی مفصل) کا خلقی خلع شامل ہیں (تصویر ۱۷۳)۔

نشست کے نتائج۔ اسکیل ٹیو براٹیز (ورکی حدیبوں) کے ذریعہ وزن جسم کا

جو رو العمل ہوتا ہے اس سے پیلوس (حوض) کے عرضی قطر کے بڑھ جانے کا رجحان پیدا ہوتا ہے جس کی وجہ زیادہ تر الیئم (ilium = حرقفہ) کا بیرمی فعل ہے۔

الیئم (ilium = حرقفہ) کا بیرمی فعل الیئم (حرقفہ) کے عقبی سرے کو سیکرو الیک لگامنٹز (عجزی حرقفی رباطات) مثبت رکھتے ہیں جو کہ سیکرو الیک جائنٹ (عجزی حرقفی مفصل)



تصویر ۳/۱۷۔ یہ شکل وزن جسم کا فعل اور فیمورا (فخذیات) کا تقابلی دباؤ بتاتی ہے۔ اڈکٹر (adductor = مقرب) عضلات جو کہ فیمر (فخذیہ) سے شروع ہو کر وسطی خط کو جاتے ہیں، ان کی اندرونی کشش، اس قوت کی خفیف باہر وار سمت کا مقابلہ کرتی ہے جو کہ فیمر (فخذیہ) کے تقابلی دباؤ سے معرض ظہور میں آتی ہے۔ ان دونوں قوتوں کا جو حاصل ہوتا ہے وہ خفیف طور پر اوپر کو اور اندر کو فعل کرتا ہے جیسا کہ عضلہ سواس (psoas = خصریہ) پر ایک تیر کا نشان بتاتا ہے۔

کے عین پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ سیکرم (عجز) کو یوں تصور کرنا چاہئے گویا یہ الیا (ilia= حرقفات) کے سروں سے ان رباطات کے ذریعہ آویزاں ہے۔ سیکرم (عجز) پر جب وزن جسم دباؤ ڈالتا ہے تو وہ الیئم (حرقفہ) کے عقبی سرے کو اندر کی اور نیچے کی جانب کھینچنے کا رجحان رکھتا ہے [جبکہ مذکورہ بالا مفصل بطور فلکرم (fulcrum= نقدب) کے کام کرتا ہے] اب یہ قدرتی بات ہے کہ مقدمی سرا باہر کو حرکت کرنے کا رجحان ظاہر کرے۔ لیکن مقدمی سرا اس لئے باہر کو حرکت نہیں کر سکتا کہ اس کو انٹر پیوبک لگامنٹز (inter-pubic ligaments= بین عانی رباطات) ایک جگہ پر قائم رکھتے ہیں، لہذا
404 الیک (حرقفی) ہڈی ڈھل کر کھینچی ہو جاتی ہے اور پیلوس (حوض) کا عرضی قطر زیادہ ہو جاتا ہے۔ الیئم (ilium= حرقفہ) کا یہ برمی فعل وقوع پذیر ہونے کے لئے شرط یہ ہے کہ ہڈیاں اتنی سخت اور استوار ہوں کہ وہ برم کا کام دے سکیں۔ اگر وہ حد سے سوا نرم ہو جائیں [جیسا کہ آسٹیو میلیشیا (osteo-malacia= لینت العظام) میں ہوتا ہے] تو الیئم (حرقفہ) اپنا برمی فعل کرنے سے رہ جاتا ہے۔

عضلی فعل۔ پیلوک برم (حوضی لگر) کے میلان کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مقدمی شکمی عضلات جن میں ریکٹائی (recti= عضلات مستقیمہ) بھی شامل ہوتے ہیں، ان کی کشش کا متوی ورٹبرل کالم (vertebral column= فقری ستون) کی سمت میں جاتا ہے۔ لہذا جب یہ عضلات منقبض ہوتے ہیں تو وہ پیوبس (عانہ) کو پیچھے سیکرم (عجز) کی جانب کھینچنے اور اس طرح پیلوس (حوض) کو آگے سے پیچھے کو چپٹا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔

اسی طرح گلوٹیائی (glutii= عضلات الویہ) کی کشش، کرسٹز (crests= عرفین) کے مقدمی حصوں کو باہر کی جانب کھینچ دیتی اور اس طرح الیک فوسی (iliac fossæ= حرقفی حفرات) کا رخ زیادہ آگے کی جانب کر دیتی ہے۔

کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کے اقسام

کانٹریکٹڈ پیلویز (منقبض حوض) وہ پیلویز (حوض) ہیں کہ جو ایک طبعی جسامت

اور ڈول کے بچہ کی صورت میں بھی وضع الحمل کے عمر کو تبدیل کر دیتے ہیں۔ عام جماعت بندی عمدہ ہے اور یہ پانچ گروہوں میں کیجاتی ہے۔

گروہ نمبر ۱۔ جو کہ پیلویک (حوضی) ہڈیوں کے ناقص نمو کا نتیجہ ہوتا ہے۔

عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلویس (منقبض حوض) جس میں ڈوارف (dwarf = قزم) طفلی اور مردانہ پیلویس (حوض) بھی شامل ہے۔
فنل شیپڈ (funnel-shaped = قیف نما) پیلوس (حوض) [مردانہ قسم]۔
نیگل (Nægele) کا ترچھا پیلویس (حوض)
رآبرٹ (Robert) کا پیلویس (حوض)
مشقوق پیلوس (حوض)

گروہ نمبر ۲۔ جو کہ پیلویک (حوضی) ہڈیوں کے تضرر یا مرض کا نتیجہ ہوتا ہے۔

رکٹی (rickety = کساحی) پیلویس (حوض)
آسٹیو میلیشک (osteomalacic = لینت العظامی) پیلویس (حوض)
کسر
نو بالیدگی
بوسیدگی

گروہ نمبر ۳۔ جو کہ سپائنل کالم (spinal column = عمود شوکی) کے مرض یا ناقص نمو کا نتیجہ ہوتا ہے۔

کائی فاٹک (kyphotic = تسنمی) پیلوس (حوض)
سکولیاٹک (scoliotic = التوائی) پیلوس (حوض)
کائیفوسکولیاٹک (kypho-scoliotic = التوائی تسنمی) پیلویس (حوض)
سپانڈیلولستھیٹک (spondylolisthetic = منزلق الفقرات) پیلویس (حوض)

ایسیمی لیشن پیلوس (assimilation-pelvis = تمثلی حوض)

گروہ نمبر ۴۔ جو کہ پیلوک آرٹکولیشنز (pelvic articulations = حوضی مفصلات) کے نقائص کا نتیجہ ہوتا ہے۔

سیکرو الیک جائنٹ (عجزی حرقفی مفصل) کا سن آسٹوسس (synostosis = اتحاد عظمی)

سیکرو کاکسیجیل جائنٹ (sacro-coccygeal joint = عجزی عصعصی مفصل) کا سن آسٹوسس (synostosis = اتحاد عظمی)

پیوبک جائنٹ (pubic joint = عانی مفصل) کا سن آسٹوسس (synostosis = اتحاد عظمی)

405 گروہ نمبر ۵ جو کہ جوارحِ اسفل کی غیر طبعی حالتوں کا نتیجہ ہوتا ہے۔

ہپ ڈزیز (hip-disease = نوضی مرض)

ہپ (hip = نوض) کا خلع

کلب فٹ (club-foot = گرز پائی)

ایک جارحہ کا فقدان یا نقص جو وزنِ جسم کی توزیع میں تبدیلی واقع کردے۔

مذکورۂ بالا پیلویز (pelves = حوضوں) میں صرف چند ایسے ہیں جن سے اکثر دوچار ہونے کا کچھ امکان ہے، باقی ایسے ہیں کہ بالیقین ان کی سریری طور پر تشخیص نہیں کی جا سکتی؛ لہذا یہاں صرف عام تر اور اہم تر اقسام بیان کی جائیں گی۔ کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی نایاب شکلوں کے متعلق تفاصیل درکار ہوں تو مانوگرافز (monographs = واحد الموضوع رسالوں) کی طرف رجوع کرنا چاہیئے۔

فلیٹ پیلوس (چپٹا حوض)

ان پیلویز (حوضوں) کے ہمراہ جو اپنے پیش پسی قطر میں چپٹے ہوتے ہیں، گزشتہ

(rickets= کساح) کی معمولی امارات کبھی ہوتی ہیں کبھی نہیں ہوتیں، اس کے اعتبار سے ان کو بہ ترتیب "رکٹی" (rickety=کساحی) اور "سادہ" کے نام سے پکارا جاتا ہے۔ لیکن ایسا شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتا ہے کہ کسی پیلوس (حوض) کا چپٹا پن بہت زیادہ ہو اور مریضہ میں رکٹز (کساح) کی کم و بیش نمایاں امارات موجود نہ ہوں۔

فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) کی امتیازی خصوصیات ایسی ہوتی ہیں کہ جو وزنِ جسم اور عضلی فعل کے غیر معمولی اثر سے قدرتی طور پر بھی پیدا ہو سکتی ہیں بشرطیکہ ہڈیاں حد سے سوا نرم ہوں، لہٰذا بنظر سہولت تمام فلیٹ پیلویز (چپٹے حوضوں) کو اس طرح تصور کرنا چاہیے گویا یہ ہڈیوں کی حد سے سوا نرماہٹ سے پیدا ہوئے ہیں۔ یہ نرماہٹ بعض مثالوں میں صریح رکٹز (کساح) کا نتیجہ ہوتی ہے اور رکٹز (کساح) کی اور امارات بھی باقی رہ جاتی ہیں کہ جن سے اس کی نوعیت شناخت ہو سکتی ہے۔ بعض مثالوں میں رکٹز (کساح) کی صرف نہایت خفیف امارات کا مظاہرہ کیا جا سکتا ہے، اور بقیہ مثالوں میں رکٹز (کساح) کی کوئی امارت موجود نہیں ہوتی۔ سادہ فلیٹ پیلوس (چپٹا حوض) نایاب ہوتا ہے، اور بظاہر پیلوک (حوضی) ہڈیوں کے کسی مرض کا نتیجہ ہوتا ہے جس کے مرضیات غیر معلوم ہیں۔

جب ہڈیوں کی نرماہٹ، بنیادی کیفیت ہو، تو وزنِ جسم کے فعل سے مندرجہ ذیل تغیرات پیدا ہوں گے۔ اول یہ کہ پرومانٹری (طنف) زیادہ آگے کو بڑھ جائے گی اور سیکرم (عجز) بیش پیش طور پر خمیدہ ہو جائے گا۔ سیکرم (عجز) از جانب تا جانب چپٹا بھی ہو جاتا ہے، بلکہ ممکن ہے اس کا مرکز، خط وسطی میں آگے کو بروز کر آئے، اس سے برم (کگر) کی فضا میں تداخل واقع ہو کر فضا کا ڈول رینی فارم (reniform= کلوی الشکل) ہو جاتا ہے۔

الیا (حرقفوں) کا بیرونی فعل [دیکھو صفحہ 403] ریکٹائی (recti= عضلات مستقیمہ) کی کشش، اور فیمورا (femora= فخذیات) کے اندرو ار دباؤ کا فقدان [کیونکہ رکٹی (rickety= کساح زدہ) بچے دیر سے چلنا پھرنا شروع کرتے ہیں] یہ سب پیلوس (حوض) کو عرضی طور پر چپٹا کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ گلوٹیائی (glutii= الویٰ عضلات) کی کشش کی وجہ سے الیک فوسی (iliac fossæ= حرقفی حفرات) باز گردیدہ ہو جاتے ہیں،

اور انٹیریر سوپیریر سپائنز (مقدمی فوقانی شوکے) باہر کی جانب کرسٹز (crests= عرفین)
کی حد تک بلکہ اس سے بھی دور تک بروز کر آتے ہیں۔
406 عدم نمو اس قسم کے پیلوس (حوض) کی تکوین میں بہت کم حصہ لیتا ہے، تاہم
یہ امر بھی یاد رکھنا چاہیے کہ انامی نیٹ (innominate= لا اسم لہ) ہڈی کے ایلیک
(حرقفی) حصہ میں قصر واقع ہوتا ہے اور اس سے چپٹا پن بڑھ جاتا ہے، لیکن بعض لوگ
اس قصر کو رکٹی (کساحی) تصور کرتے ہیں۔



تصویر ۱۷۴۔ فلیٹ پیلوس (چپٹا حوض)
برم (لگر) کے پیش پسی ناپ میں کانٹرکشن (انقباض) ظاہر کیا گیا ہے۔ اس کا مقابلہ
کرو تصویر ۱۷۰ سے۔

پروما نٹری (طنف) کے بروز کے متعلق یہ بات یاد رکھنی چاہیئے کہ اولین سیکرل ورٹبرا
(sacral vertebra= عجزی فقرہ) کا زیرین کنارہ بعض اوقات اس قدر آگے کو بروز

کر جاتا ہے کہ اس سے ایک کاذب پروماٹری (طنف) بن جاتی ہے، جو ممکن ہے، پیوبس (عانہ) سے اس سے زیادہ قریب ہو کہ جتنا صادق پروماٹری (طنف) ہوتی ہے، اور اس طرح قبالتی طور پر اہم ثابت ہو۔

اگر عظمی نرماہٹ اس قدر انتہائی ہو جائے کہ اس کی وجہ سے ہڈیاں بطور ستون کے کام نہ کر سکیں اور نہ قوتوں کو منتقل ہی کر سکیں تو پیلوس (حوض) ایک مختلف شکل اختیار کرتا ہے اور پچک کر ایک ٹرائی ریڈیٹ پیلوس (tri-radiate pelvis = سہ شعاعی حوض) بن جاتا ہے لیکن اگر آسٹیو میلیشیا (لینت العظام) کی صورت سے قطع نظر کیا جائے تو یہ واقعہ شاذ ہے۔

فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) کے امتیازی خصوصیات یہ ہیں۔

اس کا کانجوگیٹ (مزدوج) ناپ میں بہت ہی گھٹ جاتا ہے، لیکن عرضی قطر طبعی سے بہت کم نہیں ہوتا اور ممکن ہے اس کے برابر یا اس سے بڑا ہو۔ برم (لگر) سے نیچے کچھ انقباض موجود نہیں ہوتا۔ الیک فوسی (حرقفی حفرات) باہر کو پھیلے ہوتے ہیں، چنانچہ سپائنز (شوکے) بھی اتنے ہی ایک دوسرے سے جدا ہو جاتے ہیں جتنے کہ کرسٹز (عرقفین) ہوتے ہیں۔ بسا اوقات سیکرم (عجز) پیش پسی طور پر زاویہ پر خمیدہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے برم (لگر) عقبی طور پر چپٹی ہو گئی ہو، انتہائی مثالوں میں یہ پروماٹری (طنف) کے آگے وار بروز کے سبب سے رینی فارم (گلوی الشکل) ہو جاتی ہے۔ 407

مثالی بیرونی ناپ یہ ہوں گے۔ انٹر کرسٹل (intercristal = بین عرقفینی) ۱۱ انچ۔ انٹر سپائنس (interspinous = بین شوکی) ۱۱ انچ۔ ایکسٹرنل کانجوگیٹ (بیرونی مزدوج) ۶ انچ۔ پوسٹیر یر سوپیریر الیک سپائنز (عقبی فوقانی حرقفی شوکوں) کے درمیان کا فاصلہ گھٹ جاتا ہے اور چونکہ انٹیریر سوپیریر انٹر سپائنس (مقدمی فوقانی بین شوکی) ناپ بھی بڑھ جاتا ہے اس لئے طبعی تناسبات تہ و بالا ہو جاتے ہیں۔ طبعی پیلوس (حوض) میں پوسٹیریر انٹر سپائنس (عقبی بین شوکی) ناپ انٹیریر انٹر سپائنس (مقدمی بین شوکی) کا ایک تہائی ہوتا ہے، فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) میں یہ صرف ایک ربع یا ایک خمس رہ جاتا ہے (تصویر ۱۷۴)۔

اثرات حمل کے دوران میں۔ جب سیکرم (عجز) کی پروماٹری (طنف) چھجے کی مانند نکلی ہوئی ہو، تو یہ خطرہ ہے کہ حمل کے تیسرے مہینہ میں، ایک ایسا رحم جو

پس گردیدہ ہو پرومانٹری (طنف) کے نیچے آکر پھنس جاتا ہے اور اس طرح پیلوس (حوض) میں مقید ہو جاتا ہے۔

حمل کے اختتام کے قریب' تطریقی حصہ مرتبط نہیں ہو سکتا اس لئے یہ برم (دگر) سے اوپر آزادانہ حرکت پذیر پایا جاتا ہے۔ اس کے سبب سے میلپریزنٹیشنز (تطریقات ناقص) ہونے کا احتمال ہے' اور چونکہ رحم آگے کو گر پڑتا ہے' اس لئے اس سے وہ حالت بھی پیدا ہو سکتی ہے جس کو "پنڈولس بیلی (pendulous belly = لٹکا ہوا پیٹ)" کے نام سے پکارتے ہیں۔

اثرات وضع الحمل کے دوران میں۔ پہلا مرحلہ۔ کانٹریکشن (انقباض) کے نتیجہ میں سر برم (دگر) میں داخل نہیں ہو سکتا' اور اگر پیلوس (حوض) رینی فارم (کلوی الشکل) ہو تو سر برم (دگر) پر بیٹھ بھی نہیں سکتا' بلکہ پرومانٹری (طنف) سے ایک طرف کو ہٹ جاتا ہے اور کسی الیک فوسا (حرقفی حفرہ) میں آکر جاگزیں ہو جاتا ہے' چنانچہ ترچھی لائز (افتادات) اور میلپریزنٹیشنز (تطریقات ناقص) کا رجحان پایا جاتا ہے۔ خواہ سر ہی کیوں نہ تطریق کرے وہ برم (دگر) کو بھر نہیں سکتا' اور ہائنڈ واٹرز (hind-waters = آب آخر) فور واٹرز (fore-waters = آب اول) سے جدا نہیں ہونے پاتے اور ہر کانٹریکشن (انقباض) کا سارا زور اغشیہ ہی کو برداشت کرنا پڑتا ہے' لہذا اغشیہ کا پری میچور (premature = قبل از وقت) انشقاق بہت عام ہے۔ "تھیلی" انشقاق سے قبل و بجائنا (مہبل) میں کچھ دور تک انگشت دستانہ کی شکل میں گھس جاتی ہے۔ اغشیہ کا اس طرح "انگشتِ دستانہ" کی صورت میں بروز کرنا کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) یا میلپریزنٹیشن (تطریق ناقص) کی امتیازی خصوصیت ہے۔

چونکہ پیلوس (حوض) کے اس طرف یا اُس طرف ایک ایسی فضا ضرور موجود ہوتی ہے جس کو تطریقی حصہ بھرے ہوئے نہیں ہوتا' اور چونکہ تطریقی حصہ اتنا نیچے نہیں اتر سکتا کہ لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیرین قطعۂ رحمی) کو معمور کر سکے' لہذا اس خالی فضا میں سے کارڈ (حبل) نازل ہو سکتی ہے۔ اس فضا میں سے لائکر ایمنیائی (رطل) بھی بہ جاتا ہے' اور جنین اس سیال کی محافظت سے محروم ہو جاتا ہے۔

جب اغشیہ قبل از وقت مشقوق ہو جاتے ہیں اور تطرینفی حصہ سروکس (عنق) کو تننے کے لئے نیچے نہیں اتر سکتا، تو وضع حمل کے پہلے مرحلہ میں نہایت ہی معتد بہ تاخیر واقع ہوتی ہے، اور سروکس (عنق) سامنے اور پیچھے مضبوطی سے کچل جاتا ہے، الّا اس صورت میں کہ اسکو رحمی عضلہ کے طولی ریشے کھینچ کر اوپر کر دیں۔

دوسرا مرحلہ۔ وضع حمل کا میکانیہ اسوقت جبکہ سر فورمنگ (پیش آئند) ہو۔ 408

فلیٹ پیلوس (چپیٹے حوض) میں وضع الحمل کے سب سے بڑے امتیازی خاصے یہ ہیں کہ برم (گگر) میں سر عرضی قطر میں داخل ہوتا ہے اور یہ کہ دشواری صرف ان لٹ (inlet= مدخل) تک محدود رہتی ہے کیونکہ کیویٹی (cavity= کہفہ) میں کافی جگہ ہوتی ہے۔

فلیٹ پیلوس (flat pelvis= چپیٹے حوض) میں سر کیا حرکات انجام دیتا ہے اور کونسی وضع اختیار کرتا ہے، یہ اس بات پر منحصر ہیں کہ سر اور پیلوک برم (حوضی گگر) کی اضافی جسامت کیا ہے۔ دو بڑے قیفالک (cephalic= راسی) قطر، بائی پرائٹل (bi-parietal = جداری نی) (۳ ۳/۴ انچ) اور بائی ٹمپورل (bi-temporal= صدغینی) (۳ ۱/۴) بروئے کار آتے ہیں اور ان کو یا تو ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) کے اندر سے یا ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) کے ایک طرف ہو کر گزرنا پڑتا ہے۔ یہ بات یاد رکھنی چاہیئے کہ ایک نمایاں طور پر فلیٹنڈ رینی فارم پیلوس (flattened reniform pelvis= چپیٹے گلوئی الشکل حوض) میں پرومانٹری (طنف) بہت ہی بروز کئے ہوئے ہوتی ہے اور اطراف میں سیکرو ایلیک جائنٹز (sacro-iliac joints= عجزی حرقفی مفصلوں) کے سامنے، بہت ہی زیادہ جگہ ہوتی ہے۔

بچہ کے سر کا وہ عرضی قطر جو ایک پرائٹل ایمی نینس (parietal eminence= جداری فراز) کے ذرا نیچے کے نقطہ سے لے کر دوسرے پرائٹل ایمی نینس (جداری فراز) کے ذرا اوپر تک ہوتا ہے، اس کا ناپ بائی پرائٹل (biparietal= جداری نی) قطر سے ذرا کم ہوتا ہے اور اس کو بعض اوقات سب پرائٹو سوپر پرائٹل (sub-parieto-super-parietal) زیر جداری بر جداری) قطر کے نام سے پکارا جاتا ہے۔ اگر پوسٹیریر پرائٹل (posterior parietal= عقبی جداری) ہڈی کو پرومانٹری (طنف) روک رکھے کہ جس سے سر عقبی شانہ

کی طرف جھک جائے، تو یہ سب پرائٹو سو پر پرائٹل (زیر جداری بر جداری) قطر برم (گگر) کے وار پار آ رہتا ہے۔ سر کی یہ ترچھی افتاد نیگل (Nægele) کا ترچھا پن یا اے سنک لٹزم (asynclitism=احضار منحرف) یا انٹیر یر پرائٹل پریزنٹیشن (مقدمی جداری تطریق) کہلاتی ہے۔

اگر سر کو طبعی جسامت کا مانا جائے، تو میکانیہ غالباً اس طرح ہوگا جس طرح ذیل کے دو گروہوں میں بتایا گیا ہے۔

۱۔ اگر ٹرو کا نجو گیٹ (صادق مزدوج) کا ناپ ۳¾ سے ذرا بھی کم ہو تو بائی پرائٹل (جدارینی) قطر کانجو گیرٹ (مزدوج) میں گرفت ہوگا اور جب تک کہ مولڈنگ (moulding= انصیاغ) انجام پذیر نہ ہو اس کو وہاں دیر لگیگی۔ اس عرصہ میں رحم بچہ کو نیچے دبائے گا، اور چونکہ خرد تر بائی ٹمپورل (صدغینی) قطر کے اترنے کے لئے جگہ موجود ہوتی ہے لہٰذا جس وقت بائی پرائٹل (جدارینی) قطر کو برم (گگر) میں دیر ہوتی ہے تو اس وقت کسی قدر بسط شدگی واقع ہوتی ہے۔

اب نیگل کا ترچھا پن ظہور میں آتا ہے جو کہ پسندیدہ ہے کیونکہ اس سے برم (گگر) کے وار پار بائی پرائٹل (جداری) سے ذرا زیادہ چھوٹا قطر آتا ہے۔ جب سر ایک مرتبہ برم (گگر) کے پار ہو چکتا ہے تو اس کے بعد بائی پرائٹل (جدارینی قطر) رکا نہیں رہتا اور سر کیو یٹی (کہفہ) میں دوبارہ خمیدہ ہو جاتا ہے، اور چونکہ یہاں پاوٹ لٹ (مخرج) پر کوئی کانٹرکشن (انقباض) موجود نہیں ہوتا اس لئے ولادت میں کوئی مزید دقت پیش نہیں آتی۔

یہ امر قابل لحاظ ہے کہ اگر پرائٹل (جداری) ہڈیاں برم (گگر) کے اندر حد سے زیادہ دیر تک ٹھیری رہیں، تو نتیجہ کے طور پر فیس پریزنٹیشن (face presentation= وجہی تطریق) پیدا ہو سکتی ہے۔

۲۔ اگر پیلوس (حوض) اس سے بھی زیادہ چپٹا ہو اور بائی پرائٹل (جدارینی) قطر کے مرتبط ہونے کے لئے ٹرو کانجو گیٹ (مزدوج صادق) میں بھی کوئی جگہ نہ ہو تو سارے کا سارا سر پیلوس (حوض) کے ایک طرف حرکت کر جاتا ہے، اس طرح کہ

پرائٹل ایمی نینس (جداری فراز)، سیکرو ایلیک جائنٹ (عجزی حرقفی مفصل) کے مقابل اور بائی ٹمپورل (صدغینی) قطر، ٹرو کانجو گیٹ (مزدوج صادق) میں یا اس کے پاس آجاتا ہے۔ اس صورت میں بائی پرائٹل (جداری) قطر کے گرفت ہونے کا احتمال بائی ٹمپورل (صدغینی) کی بہ نسبت کم ہوتا ہے اور سر خوب خمیدہ رہتا ہے۔ کیفقدر نیگل (Nægele) کا ترچھاپن بھی موجود ہوتا ہے، اور اگر رحمی فعل موثر ہو تو آہستہ آہستہ سر برم (دگر) میں ڈھل جاتا ہے۔

409 انٹیریر پرائٹل پریزنٹیشن (مقدمی جداری تطریق)۔ اس کا مطلب یہ ہے کہ انٹیریر پرائٹل (مقدمی جداری) ہڈی، پوسٹیریر پرائٹل (عقبی جداری) ہڈی کی بہ نسبت نیچے ہوتی ہے اور سیجیٹل سوچر (sagittal suture= سہمی درز) اتنا پیوبس (عانہ) کے نزدیک نہیں ہوتا کہ جتنا پرومانٹری (طنف) کے نزدیک ہوتا ہے۔ سر پیلوس (حوض) کی کیویٹی (کہفہ) میں یا تو اس طرح اترتا ہے کہ انٹیریر پرائٹل (مقدمی جداری) ہڈی سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے پیچھے مثبت ہو جاتی ہے اور عقبی ہڈی پرومانٹری (طنف) کے پاس سے بھنچ کر نکل جاتی ہے جس کے لئے سر اپنے طولی محور پر تدویر کرتا ہے۔ یا پھر سر سطح اترتا ہے کہ انٹیریر پرائٹل (مقدمی جداری) ہڈی کی اسفل وضع جب تک کہ سر کا بڑے سے بڑا قطر گگر کے پار نہیں ہو جاتا، برقرار رہتی ہے۔ متذکرہ صدر نیگل (Nægele) کے ترچھے پن کے علاوہ جو کہ سازگار ہے، ایک مخالف حالت پوسٹیریر پرائٹل پریزنٹیشن (posterior parietal presentation= عقبی جداری تطریق) کی بھی ہوتی ہے جس میں پوسٹیریر پرائٹل (عقبی جداری) ہڈی امیریر (مقدمی) کی بہ نسبت زیادہ نیچے ہوتی ہے، اور سیجیٹل سوچر (سہمی درز) اتنا پرومانٹری (طنف) کے نزدیک نہیں ہوتا جتنا کہ پیوبس (عانہ) کے نزدیک ہوتا ہے اور بچہ کا سر بچہ کے مقدم شانہ کی طرف جھکا ہوتا ہے۔ یہ پوسٹیریر پرائٹل پریزنٹیشن (عقبی جداری تطریق) ناسازگار ہوتی ہے، لیکن زیادہ کثرت کے ساتھ دیکھنے میں نہیں آتی۔

پس معلوم ہوا کہ فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) میں، وضع حمل کے دوسرے مرحلہ کی تین بڑی بڑی امتیازی خصوصیات یہ ہیں، عرضی لائز (افتادات)، سر کی بسط شدگی کا

رجحان، اور انٹیریر پرائٹل (مقدمی جداری) ہڈی کی پریزنٹیشن (تطریق)۔

وضع حمل کا میکانیہ اسوقت جبکہ سر آفٹر کمنگ (after-coming= پس آئند) ہو۔ آفٹر کمنگ (پس آئند) سر پیلوس (حوض) میں اس طرح داخل ہوتا ہے کہ اس کا طویل قطر عرضی طور پر واقع ہوتا ہے۔ علی العموم بائی پرائٹل (جداری) قطر پرومانٹری (طنف) کے اِس طرف یا اُس طرف پڑا ہوتا ہے۔ اگر یہ قطر پیچھے رکا رہے اور بائی ٹمپورل (صدغینی) آگے بڑھے تو خم شدگی واقع ہو گئی لیکن زیادہ کثرت کے ساتھ یہ پایا جاتا ہے کہ پرومانٹری (طنف) کے مقابل والے قطر کو دیر لگتی ہے اور اس طرح بسط شدگی واقع ہوتی بچہ برم (لگر) میں سے سر کو نکالنے کے لئے بالعموم شانوں پر ٹریکشن (جر) کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، اس سے بسط شدگی میں اضافہ ہوجاتا ہے۔ اگر گردن کے نیچے قوت لگا کر ٹریکشن (جر) کیا جائے تو کانڈائلز (condyles= قنداال) چونکہ بہت ہی پیچھے واقع ہوتے ہیں لہذا سر بسط شدہ ہوجاتا ہے۔

نیگل (Nægele) کا ترچھا پن بھی پایا جاتا ہے، لہذا فور کمنگ (پیش آئند) سر کے میکانیہ میں اور آفٹر کمنگ (پس آئند) سر کے میکانیہ میں نہایت ہی قریبی مشابہت پائی جاتی ہے۔

بسط شدگی کے رجحان سے تشویشناک نتائج مترتب ہوتے ہیں، مثلاً پیلوس (حوض) کے وار پار آکسیپٹو مینٹل (occipito-mental= قذالی ذقنی) قطر (۴ ۳/۴ انچ) آجاتا ہے، اور ایک بریم (سرمیخ) اصابت میں اس مرحلہ پر بچہ کی ولادت میں دیر ہونا بچہ کے لئے مہلک ثابت ہوتا ہے (دیکھو تصویر ۴ ۵ ج اور صفحہ 237)۔

تیسرا مرحلہ۔ رحمی خستگی کے باعث ولادت کے بعد پوسٹ پارٹم ہیمیرج (postpartum hæmorrhage= بعد الولادتی نزف) واقع ہوسکتا ہے اسی طرح جس طرح کہ کسی اور اطالت پذیر وضع حمل میں ہوتا ہے۔

اثرات زمانہ پیور پیریم (puerperium= نفاس) کے دوران میں

مادری بافتوں پر جو دباؤ پڑتا ہے وہ زیادہ تر ان حصوں پر تقسیم ہوجاتا ہے جو پرومانٹری (طنف) پر اور پیوبیز (عانہ) پر واقع ہوتے ہیں، یہی وجہ ہے کہ ان دو مقامات پر

سلفنگ (sloughing = اغثاث) واقع ہونے کا خاص طور پر احتمال ہے ۔ چونکہ یوٹرائن کانٹریکشنز (رحمی انقباضات) کے ذریعہ بافتیں کھنچکر اوپر کو چلی جاتی ہیں، اسلئے بالعموم پیلوک (حوضی) ہڈیوں اور سر کے درمیان ویجائنا (مہبل) کا بالائی حصہ واقع ہوتا ہے پس ممکن ہے کہ ایک ویزیکو ویجائنل (vesico-vaginal = مثانی مہبلی) ناسور پڑ جائے۔

سر چونکہ سخت ہوتا ہے لہذا یہ نرم تر بریچ (سرینوں) سے زیادہ موجب تضرر ہوتا ہے ۔ سر کے مولڈنگ (انصیاغ) کے دوران میں اطالت پذیر دباؤ پڑنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پہلے تو دبا ہوا حصہ انیمک (anæmic = عدیم الدم) ہو جاتا ہے اور پھر اس کی حیوبیت اسقدر گھٹ جاتی ہے کہ گنگرین (gangrene) واقع ہو جاتا ہے ۔ یہ گنگرین بآسانی عضویات سے سرایت زدہ ہو جاتا ہے اور ایک سلف (slough = غثیثہ) پیدا ہوتا ہے جو ولادت سے چند دن بعد علیحدہ ہو جاتا ہے ۔ یہی وجہ ہے کہ جب تک ولادت کو ۵ ۔ ۱۰ دن نہیں گزر جاتے ان کانٹی ننینس آف یورین (incontinence of urine = سلس البول) معلوم نہیں ہوتا ۔

انذار ماں کے لئے (دیکھو باب ۳۶)۔

انذار بچہ کے لئے ۔ یہ بداہتہً اس بات پر منحصر ہے کہ پیلوس (حوض) کی ٹھیک ٹھیک جسامت کیا ہے اور اسپر کہ کیا علاج اختیار کیا گیا ہے، لیکن بحیثیت مجموعی بچہ کیلئے نتائج اس سے بہتر ہوتے ہیں کہ جتنے کہ یہ ایک عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) میں ہوتے ہیں، کیونکہ جب سر ایک مرتبہ برِم (کگر) کے پار ہو جائے تو پھر کوئی دیر نہیں ہوتی۔ مزید براں، چونکہ عرضی قطر کانٹریکٹڈ (منقبض) نہیں ہوتا، لہذا برِم (کگر) کا کل رقبہ، ایک مساوی کانجوگیٹ (مزدوج) والے عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کے کل رقبہ کی بہ نسبت زیادہ بڑا ہوتا ہے، لیکن پیلوس (حوض) کے اطراف میں فضا کا موجود ہونا بچہ کے لئے اس طرح موجب خطرہ ہو سکتا ہے کہ یہ کارڈ (حبل) کا سقوط واقع کر سکتا ہے۔

بچہ ممکن ہے زندہ پیدا ہو لیکن پوسٹیریر پیرائٹل (عقبی جداری) ہڈی پر اس جگہ جہاں سے پرومانٹری (طنف) نے اس کو پچکا دیا ہے، ایک چمچہ کی شکل کا انخفاض موجود ہوتا ہے

(تصویر ۱۷۵)، یا اُس جگہ جہاں سر پرومانٹری کے پاس سے بھینچ کر نکل گیا ہے، جلد خام ہوتی ہے ۔ یہ ابریژن (abrasion = خراشیدگی) پوسٹیریر پرائٹل (عقبی جداری) ہڈی سے شروع ہوتی ہے اور سیجٹیل سوچر (اکلیلی درز) کے متوازی ہو کر نیچے کی جانب جاتی ہے ۔ اگر سر کیویٹی (کہفہ) میں پہنچتے پہنچتے ختم ہو جائے تو یہ ابریژن (خراشیدگی) ایک منحنی کی شکل اختیار کرتی ہے، جو آگے اور نیچے کو جاتا ہوا چہرہ پر میلر (malar = خدی) ہڈی کے پاس پہنچ جاتا ہے ۔



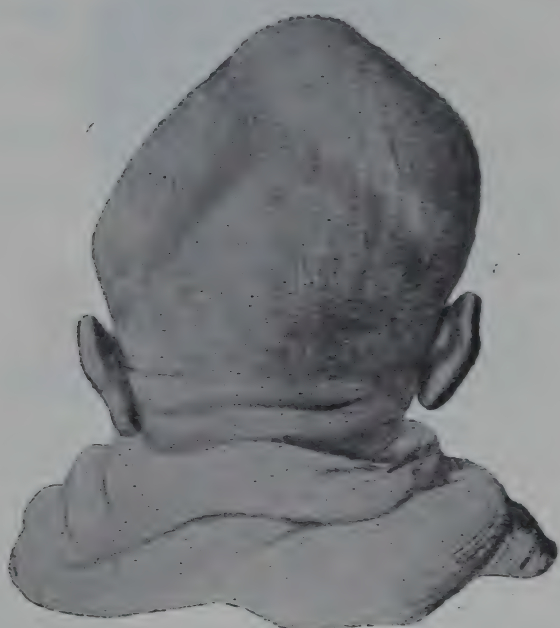
تصویر ۱۷۵ ۔ سیکرل پرومانٹری (عجزی طنف) نے بچہ کے سر پر فشاری نشان ڈال دیا ہے، کیونکہ بچہ ایک فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) میں سے گذرا ہے ۔

یا تو دباؤ اتنا سخت ہوتا ہے کہ اس سے ہڈی کے ڈنٹنگ (denting = دبتے) جیسے صریح تضررات واقع ہو جاتے ہیں، ورنہ سر میں صرف سوچرز (درزوں) پر تراکب عیاں ہوتا ہے، اور پوسٹیریر پرائٹل (عقبی جداری) ہڈی کے چپٹا ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے لیکن مقدمی ہڈی بدستور منحنی ہی رہتی ہے ۔ (تصویر ۱۷۶) ۔

عُمومی طور پر کانٹریکٹیڈ پیلوس (منقبض حوض)

[پیلوس ایقوے بلے ٹر جسٹو مائنر pelvis æquabiliter justo)
minor = متناسب الصغر حوض) یا چھوٹا گول پیلوس (حوض)]

اس کو ایک ایسا طبعی الشکل پیلوس (حوض) تصور کرنا چاہئے جسے قدرت نے معمول سے

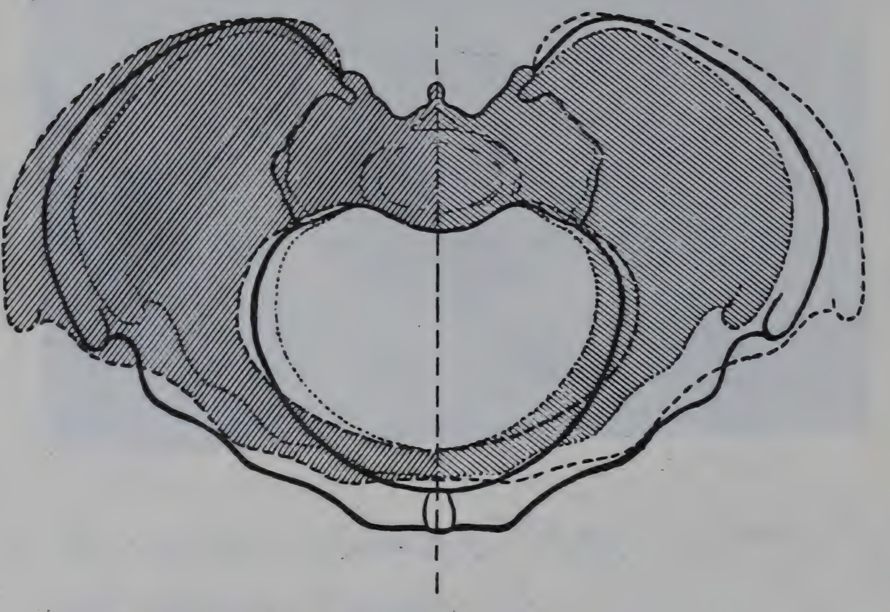


تصویر ۱۷۶۔ اطالت پذیر وضع حمل کے بعد بچہ کا سر کیسا ہوتا ہے۔ پرائٹل (جداری) ہڈی جو کہ عقبی تھی کسی قدر چپٹی ہو گئی ہے اس کا بالائی کنارہ انٹیریر پرائٹل (مقدمی جداری) ہڈی کے نیچے دھکل گیا ہے۔ موخر الذکر پر ایک کیپوٹ سکسیڈینیم (caput succedaneum = سابیا) بن گیا ہے۔

زیادہ چھوٹے پیمانہ پر تعمیر کیا ہو۔ اس کے اسباب کے متعلق ٹھیک ٹھیک کچھ معلوم نہیں۔ یہ ڈوارفز (dwarfs = قزموں) پستہ قامت عورتوں اور اُن عورتوں میں پایا جاتا ہے جن کی بچپن میں اچھی غذا سے پرورش نہ ہوئی ہو، لیکن یہ خوب نمو یافتہ صحت مند عورتوں میں بھی پایا جاتا ہے۔

جزائر برطانیہ میں فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) کی بہ نسبت اس قسم کا پیلوس (حوض) کہیں زیادہ نایاب ہے۔ اس کی امتیازی خصوصیت یہ ہے کہ اس کے تمام ناپوں میں تخفیف ہوجاتی ہے لیکن ان کے باہمی یا اضافی تناسب میں بہت کم تبدیلی ہوتی ہے۔ چنانچہ

411 انٹرکرسٹل (intercristal = بین عرفینی) اور انٹر سپائنس (interspinous = بین شوکی)



طبعی .... چپٹا - - - - - عمومی طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) ....

تصویر ۱۷۷۔ ایک طبعی، ایک چپٹا اور ایک عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کا اضافی تناسب ظاہر کرنے کے لئے ان کو اوپر تلے رکھ دیا گیا ہے۔

قطروں کے درمیان طبعی فرق اب بھی موجود ہوتا ہے، بلکہ کسی قدر بڑھ ہی جاتا ہے۔ پر دمانٹری

(طنف) معمول سے زیادہ بلندی پر واقع ہوتی ہے، چنانچہ ٹروکانجوگیٹ (مزدوج صادق) اور ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) کے درمیان معمولی آدھ انچ سے زیادہ کا فرق ہوتا ہے (تصویر ۱۷۸)۔

412 ٹروڈوارف پیلوس (صادق قزمی حوض) کی صورت میں پیلوک (حوضی) ہڈیوں کے درمیان غضروفی اتحادات قائم رہتے ہیں، چنانچہ بالغ زندگی میں بھی عظمی اتحاد واقع نہیں ہوتا۔



تصویر ۱۷۸۔ عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کے تمام قطر معمول سے چھوٹے ہیں۔ اس کا مقابلہ کرو تصویر ۱۷۹ سے۔

413 اس قسم کے پیلوس (حوض) کی تشخیص پیلوک (حوضی) ناپوں پر منحصر ہوتی ہے، انٹرسپائنس (interspinous= بین شوکی)، انٹرکرسٹل (بین عرفینی) اور اکسٹرنل کانجوگیٹ (بیرونی مزدوج)، علی الترتیب معمولی ۱۰، ۱۱ اور ½ ۷ انچ (۲۵، ۵ ، ۲۷، ۹ ا سنٹی میٹر) ہونے کی بجائے، کچھ ۸، ½ ۹ اور ۶ جیسے اعداد پائے جاتے ہیں۔ طبعی پیلوسس (حوض) میں

انٹیریر سوپیریر الیک سپائنز (مقدمی فوقانی حرقفی شوکوں) کے درمیان کا فاصلہ، پوسٹیریر سوپیریر الیک سپائنز (عقبی فوقانی حرقفی شوکوں) کے درمیان کے فاصلہ سے تین یا ساڑھے تین گنا ہوتا ہے، لیکن ایک عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (حوض) میں ممکن ہے یہ گھٹ کر پوسٹیریر سپائنز (عقبی شوکوں) کے درمیان کے فاصلہ سے صرف دو یا اڑھائی گنا رہ جائے۔ اندرونی امتحان کیا جائے تو پرومانٹری (طنف) بہت بلندی پر پائی جاتی ہے، اگرچہ یہ معمول سے زیادہ پیوبز (عانہ) کے قریب معلوم ہوتی ہے، اور عرضی قطر کی تخفیف کی وجہ سے الیو پکٹینیل لائن (ilio-pectineal line= حرقفی مشطی خط) معمول سے زیادہ فاصلہ تک حس ہو سکتی ہے۔ علی العموم مریضہ پست قد ہوتی ہے، اور اُس کی عمومی بے نموی اور طفلانہ شکل و شباہت سے یہ شبہ پیدا ہوتا ہے کہ عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) موجود ہے۔

اثرات حمل کے دوران میں کوئی اہم اثر پیدا نہیں ہوتا۔ تاہم یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ایک پرمی گریویڈا (اولیں حاملہ عورت) میں، سر پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) کے اندر ۳۶ ویں ہفتہ کے قریب نازل نہیں ہوتا، حالانکہ یہ ایک طبعی پیلوس (حوض) میں نازل ہو جاتا ہے۔ لہٰذا سر برم (گگر) کے اوپر حرکت پذیر رہتا ہے۔

اثرات وضع حمل کے دوران میں

مرحلۂ اول۔ ممکن ہے برم (گگر) اتنی چھوٹی ہو کہ وہ سر کو جگہ نہ دے سکے، لیکن چونکہ یہ باقاعدگی کے ساتھ خرد تر ہوتی ہے، اس لئے سر الیک فوسی (حرقفی حفرات) میں گھسنے نہیں پاتا [اُس طرح جس طرح کہ یہ فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) کی صورت میں گھس جاتا ہے] لہٰذا لائی (افتاد) طولی ہی رہتی ہے۔

چونکہ پیلوس (حوض) کی برم (گگر) میں سر کس کر بیٹھتا ہے لہٰذا آفٹر واٹر (آبِ آخر) فور واٹر (آبِ اول) سے بے تعلق ہو جاتا ہے، چنانچہ اغشیہ کا قبل از وقت انشقاق کچھ زیادہ کثرت کے ساتھ واقع نہیں ہوتا، اسی طرح برم (گگر) کے سر سے بھر جانے کی وجہ سے کارڈ (حبل) کے نزول کے لئے کوئی جگہ نہیں رہتی۔

اگر اتفاقیہ اغشیہ قبل از میعاد مشقوق ہو بھی جائیں تو سر نازل ہوتا ہے اور [اگر دردیں زوردار ہوں تو] یہ سروکس (عنق) کو برم (کگر) پر کچل دیتا ہے۔ اس سے نہ صرف یہ ہوتا ہے کہ سروکس (عنق) کے اتساع میں تشویشناک تاخیر ہوتی ہے، بلکہ اس کے کچلے ہوئے جزو سے خون کی واپسی میں مداخلت ہوتی اور ان حصص میں تہیج پیدا ہو جاتا ہے، چنانچہ سروائیکل (cervical = عنقی) قنال کا روزن درحقیقت چھوٹا ہو جاتا ہے۔ انہی وجوہ سے ویجائنا (مہبل) سرعت کے ساتھ خشک اور متورم ہو جاتی ہے، اور بعد میں (بالعموم دوسرے مرحلہ میں) ولوا (فرج) بھی متہیج ہو جاتی ہے۔ ویجائنا (مہبل) اور ولوا (فرج) کی یہ تہیجی حالت، عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) سے وضع حمل مسدود ہونے کی امتیازی خصوصیت ہے، اور دوسری قسم کے کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) میں اس کثرت کے ساتھ نہیں پائی جاتی۔

مرحلۂ دوم۔ میلپریزنٹیشنز (نظر یقات ناقص) واقع ہوتی ہیں، لیکن نہ اس کثرت کے ساتھ کہ جس کثرت کے ساتھ فلیٹنڈ پیلوس (چپٹے حوض) کی صورت میں ہوتی ہیں۔
ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) کے نتائج عین وہی ہوتے ہیں جو ایک طبعی پیلوس (حوض) 414
میں سے ایک بڑا سر گزرتے وقت پیش آتے ہیں۔ خم شدگی کا انتہائی ہونا ضروری ہے تاکہ پیلوس (حوض) کے وار پار چھوٹے سے چھوٹا ممکن قطر آ سکے، اور یہ خم شدگی شروع سے آخر تک قائم رہنی ضروری ہے، کیونکہ ایک عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) میں کانٹریکشن (contraction = انقباض) از ابتدا تا آخر، اوٹ لٹ (مخرج) تک موجود ہوتا ہے، یہ نہیں کہ فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) کی طرح برم (کگر) پر ہی موجود ہو۔ بالعموم سر کا انتہائی مولڈنگ (انصیاغ) واقع ہوتا ہے، اور سوچرز (درزوں) میں شدید تراکب موجود ہوتا ہے، لیکن ڈنٹ یا فشاری نشانات مفقود ہوتے ہیں۔

اندرونی تدویر عظمی پیلوس (حوض) کی شکل سے متاثر ہوتی ہے اور جلد واقع ہوتی ہے۔ اگر بچہ بڑا ہو تو شانے امپیکٹڈ (مفروز) ہو سکتے ہیں۔

آفٹر کمنگ (پس آئند) سر۔ بریچ پریزنٹیشنز (سرینی تطریقات) میں سر

پیلوس (حوض) میں سے انتہائی خمیدگی کی حالت میں نکلتا ہے۔ اگر برم (گگر) صرف اتنی بڑی ہو کہ اس میں بچہ کا دھڑ ہی سما سکے، تو بازو بآسانی بسط ہو جاتے ہیں کیونکہ کہنیاں برم (گگر) سے اٹک جاتی ہیں۔ اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ بسط شدگی کا سبب یہ ہوتا ہے کہ نگران کار ٹانگوں کو کھینچ کر وضع حمل میں جلد بازی کی کوشش کرتا ہے۔ انہی وجوہات سے سر کی بسط شدگی بھی واقع ہو جاتی ہے بلکہ یہ زیادہ کثرت سے واقع ہوتی ہے۔ جب سر یا بازوؤں کی بسط شدگی واقع ہو جاتی ہے تو ان کو نیچے لانے کا کام معمول سے زیادہ دشوار ہو جاتا ہے، کیونکہ مطلوبہ دست ورزیوں کے لئے بہت تھوڑی فضا میسر ہوتی ہے۔

مرحلہ سوم۔ اس طرح جسطرح کہ وضع الحمل کو اطالت پذیر کرنے والی باقی حالتوں میں ہوتا ہے، رحم خستہ ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے، لہٰذا پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد الولادتی نزف) واقع ہونے کا احتمال ہے۔

اثرات پیوریپریم (زمانہ نفاس) میں۔ برم (گگر) میں سے سر ڈھلتے وقت جو اطالت پذیر دباؤ واقع ہوتا ہے اس سے سلفنگ (اغثاث) ہونے کا اندیشہ ہے، اور چونکہ یہ دباؤ کسی ایک خاص مقام تک محدود نہیں ہوتا بلکہ ساری برم (گگر) کے گرداگرد پھیلا ہوتا ہے، ممکن ہے یہ سلفنگ (اغثاث) کسی جگہ بھی واقع ہو جائے۔

انذار ماں کے لئے (دیکھو باب ۳۶)۔

انذار بچہ کے لئے۔ چونکہ سب کے سب قطر چھوٹے ہوتے ہیں اور عرضی قطر میں کوئی تلافی کن اضافہ نہیں ہوتا جیسا کہ ایک فلیٹنڈ پیلوس (چپٹے حوض) میں ہوتا ہے، اس لئے یہ مثالیں نہایت ہی دشوار ہوتی ہیں اور ممکن ہے کہ یہ دشواری از ابتدا تا آخر اوٹ لٹ (مخرج) تک موجود رہے۔ انتہائی مثالوں میں سر کے تولد ہونے کے بعد بھی ممکن ہے کہ شانوں کی ولادت کرانے میں دشواری پیش آئے۔ سرسری طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ ایک عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی صورت میں وضع حمل اتنا ہی دشوار ہوگا کہ جتنا ایک اس سے ½ انچ چھوٹے کانجوگیٹ (مزدوج) والے فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) کی صورت میں ہونا چاہیئے۔

ہڈیوں کے انتہائی تراکب کی وجہ سے جو مولڈنگ (انصباغ) کے دوران میں پیدا ہوتا ہے، دماغی نزف واقع ہوسکتا ہے، اور بریچ (سرینی) مثالوں میں آفٹر کمنگ (اپس آئند) سر کی ولادت میں تاخیر کے باعث سٹل برتھ (still-birth = مردہ ولادت) کثیر الوقوع ہے۔

کیپوٹ سکسیڈینیم (caput succedaneum = سابیا) بالعموم نہایت ہی بڑا ہوتا ہے، اور برم (لگر) میں سے سر ڈھلتے وقت جو دباؤ پڑتا ہے اس کی وجہ سے بیقاعدہ خراشیدگیاں، زیادہ تر فرانٹل (جبہی) ہڈی کے ایک طرف پر پائی جاتی ہیں، کیونکہ سر جب کسی ترچھے قطر میں مرتبط ہو تو فرانٹل (جبہی) ہڈی سیکرم (عجز) کے ساتھ متماس ہوتی ہے۔ 41

فلیٹ (چپٹے) اور عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلویز (contracted pelves = منقبض حوضوں) کا مقابلہ

متذکرہ صدر بیان سے یہ معلوم ہوجاتا ہے کہ پیلویز (حوضوں) کی یہ دو بڑی قسمیں ایک دوسری سے نمایاں طور پر مختلف ہیں۔ ان کے اختلافات کو مندرجہ ذیل جدولی شکل میں دیا جاتا ہے [ہرمن (Herman)]:-

فلیٹ پیلوس (چپٹا حوض)	چھوٹا گول پیلوس (حوض)
حامل رحم کا ان کارسریشن (incarceration = تقید) کثرت سے ہوتا ہے۔	حامل رحم کا ان کارسریشن (تقید) خاص کثرت سے نہیں ہوتا۔
رحم کا ترچھاپن عام ہے۔	رحم کا ترچھاپن عام نہیں ہوتا۔
پینڈولس بیلی (لٹکا ہوا پیٹ) عام ہے۔	پینڈولس بیلی (لٹکا ہوا پیٹ) عام نہیں ہوتا۔
عرضی لائز (افتادیں) اور فٹلنگ پریزنٹیشنز (قدمی تطریقات) عام ہوتی ہیں۔	عرضی لائز (افتادیں) اور فٹلنگ پریزنٹیشنز (قدمی تطریقات) عام نہیں ہوتیں۔
سر عموماً عرضی طور پر پڑا ہوتا ہے۔	سر عموماً کسی ترچھے قطر میں پڑا ہوتا ہے۔
آکسیپٹ (قذال) کی عقبی وضع خاص ساز گار نہیں ہوتی۔	آکسیپٹ (قذال) کی عقبی وضع نہایت ناسازگار ہوتی ہے۔

بَرو (جبینی) اور فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) عام ہوتی ہیں۔	بَرو (جبینی) اور فیس پریزنٹیشنز (وجہی تطریقات) شاذ ہوتی ہیں۔
نیگل (Nægele) کا ترچھا پن عام ہوتا ہے۔	نیگل (Nægele) کا ترچھا پن شاذ ہے۔
انسداد صرف برم (گگر) پر ہوتا ہے۔	انسداد پیلوس (حوض) بھر میں ہوتا ہے۔
کیپوٹ سکسیڈینیم (caput= succedaneum = سابیا) چھوٹا ہوتا ہے	کیپوٹ سکسیڈینیم (سابیا) بڑا ہوتا ہے۔
ویجائنا (مہبل) اور ولوا (فرج) میں بہت کم تہیج موجود ہوتا ہے۔	ویجائنا (مہبل) اور ولوا (فرج) میں بہت تہیج موجود ہوتا ہے۔
جمجمی ہڈیوں کا دبنا عام ہوتا ہے۔ مولڈنگ (انصباغ) کم ہوتا ہے۔	جمجمی ہڈیوں کا دبنا شاذ ہے۔ مولڈنگ (انصباغ) بہت ہوتا ہے۔
اغشیہ جلد مشقوق ہوتے ہیں۔	اس کا کم احتمال ہوتا ہے۔
کارڈ (حبل) کا پرولیپس (سقوط)۔	اس میں ہونا غیر اغلب ہے۔

عمومی طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) فلیٹ پیلوس (چپٹا حوض)

ایک خاص قسم کا پیلوس (حوض) اس طرح حاصل ہوتا ہے کہ رکٹس (rickets = کساح) کے سبب سے ہڈیوں کا چپٹا پن ہی نہیں بلکہ ان کی بالیدگی کا سٹنٹنگ (stunting = تقصع) بھی موجود ہو۔ ان حالات میں جو پیلوس (حوض) پایا جاتا ہے اس میں فلیٹ پیلوس (چپٹا پن) اور عمومی کانٹریکشن (انقباض) جمع ہوتے ہیں اور یہ "عمومی طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض)" کے نام سے مشہور ہے۔ یہ پیلوس (حوض) گاہے گاہے ملتا ہے، چنانچہ سرسری طور پر دیکھا گیا ہے کہ جن پیلویز (حوضوں) میں کانجوگیٹ (مزدوج) نمایاں طور پر چپٹا ہوتا ہے، وہ اکثر دوسرے قطروں کے لحاظ سے بھی چھوٹے ہوتے ہیں۔ اس صورت میں ولادت کی مشکلات میں اضافہ ہو جاتا ہے، کیونکہ نہ صرف برم (گگر) کے چپٹے پن کی وجہ سے دقت پیش آئے گی بلکہ کیویٹی (کہفہ) میں نمایاں طور پر

چھوٹے عرضی ناپ اور کانٹریکشن (انقباض) بھی موجود ہوں گے۔

ایسے پیلوس (حوض) کی تشخیص بیرونی اور اندرونی ناپوں کی شناخت پر منحصر ہے۔ یہ سب چھوٹے ہوں گے۔ پیلوس (حوض) کی جانبی دیوار معمول سے زیادہ آسانی کے ساتھ جس کی جا سکتی ہے جیسا کہ ایک عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) میں ہوتا ہے، لیکن زیادہ کثیر الوقوع یہ ہے کہ کانجوگیٹ (مزدوج) خاص طور پر تنگ ہو جاتا ہے اور پرومانٹری (طنف) بروز کرتی ہے جس طرح کہ ایک فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) میں ہوتا ہے۔

ایسے پیلوس (حوض) میں میکانیہ اس امر پر منحصر ہوگا کہ کس قسم کی بدشکلی کا غلبہ 41
ہے، سر خمیدہ ہوتا ہے اور برم (دگر) میں عرضی طور پر بھی بڑا ہوتا ہے، اور یہ پوری خمیدگی کے انداز میں آہستہ آہستہ پیلوس (حوض) میں سے گزر جاتا ہے۔

باب سی و پنج

کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) (بسلسلۂ سابق)

کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی شاذ اقسام

کائی فاٹک پیلوس (kyphotic pelvis = تسنمی حوض)۔ یہ کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی شاذ تر شکلوں میں سے ہے، لیکن چونکہ اہم ہے اس لئے غور کا مستحق ہے۔
کائی فوسس (kyphosis = تسنم) میں اگر زاویئی انحناء بہت بلندی پر واقع ہو، تو شوکہ کا بالائی حصہ آگے کو مڑا ہوتا ہے، اور اس لئے کہ جسم آگے نہ گرنے پائے زیرین فقرات میں مکافاتی لارڈوسس (lordosis = فطاء) نمودار ہو جاتا ہے۔ ان حالات میں پیلوس (حوض) غیر متغیر رہتا ہے، جو کہ اسی صورت میں ممکن ہے جبکہ زاویئی انحناء بلندی پر واقع ہو اور اس سے نیچے بہت سے فقرات موجود ہوں۔ اگر کائی فوسس (kyphosis = تسنم) بہت نیچے واقع ہو، تو مقام مرض کے نیچے کی محدود جگہ میں اتنا لارڈوسس (lordosis= فطاء) میسر نہیں ہو سکتا کہ جو اس کائی فوسس (تسنم) کی تعدیل کر سکے، لہذا پیلوس (حوض) کے میلان میں تغیر آجاتا ہے۔ اس تغیر سے پیلوس (حوض) کا میلان افقی مستوی پر کم ہو جاتا ہے، اور جیسا کہ آگے بیان کیا جا چکا ہے، کانجوگیٹ

(مزدوج) زیادہ ہو جاتا ہے اور پرومانٹری (طنف) معمول سے زیادہ بلندی پر چڑھ جاتی ہے۔
چونکہ پیلوس (حوض) کے میلان میں تخفیف ہو جاتی ہے، لہذا آسانی کی حالت میں کھڑے ہونے پر الیو فیمورل لگامنٹز (ilio-femoral ligaments = حرقفی فخذی رباطات) پر زیادہ بار پڑتا ہے، اور اس طرح انٹیریر انفیریر الیک سپائنز (مقدمی تحتانی حرقفی شوکے) نیچے اور باہر کی جانب کھنچ جاتے ہیں۔ چنانچہ اِنامی نیٹ (innominate = لااسم لہٗ) ہڈی ایک محور پر جو کہ سیکرو الیک جائنٹ (sacro-iliac joint = عجزی حرقفی مفصل) اور سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) میں سے گزرتا ہے تدویر کر جاتی ہے، اور اسکیل ٹیوبراسٹیز (ورکی حدبیے) اندر کی جانب مڑ جاتے ہیں اور پیوبک آرچ (عانی محراب) تنگ ہو جاتی ہے۔

کائی فاٹک پیلوس (تسنمی حوض) کی بڑی بڑی خصوصیتیں زیادہ نمایاں اس صورت میں ہوتی ہیں جبکہ مرض مڈ ڈارسل (mid-dosal = وسط ظہری) خطہ سے نیچے ہوتا ہے، اور بچپن کے آغاز میں ظاہر ہوتا ہے۔ یہ خصوصیات یہ ہیں۔

۱۔ برم (لگر) کے مقدمی عقبی ناپ میں اضافہ۔
۲۔ اوٹ لٹ (مخرج) پر مقدمی عقبی ناپ میں تخفیف۔
۳۔ اسکیل ٹیوبراسٹیز (ورکی حدبیوں) کی درمیانی فضا میں تخفیف۔

شاذ مثالوں میں، زاویۂ انحنا برم (لگر) سے ذرا ہی اوپر ہوتا ہے، اور اس قسم کا ہوتا ہے کہ بروز کردہ فقرات پیلوس (حوض) پر چھجے کی مانند نکلے ہوئے ہوتے ہیں [نام نہاد "پیلوس آب ٹیکٹا (pelvis obtecta = حوض مستور"]۔ یہ چھجا بعض اوقات اس قدر نمایاں ہوتا ہے کہ جنین برم (لگر) میں داخل ہی نہیں ہو سکتا۔ بعض مثالوں میں، تھوریکس (thorax = سینہ) اور پیلوس (حوض) کے درمیان اتنی تھوڑی گنجائش ہوتی ہے کہ حمل کے اخیر مہینوں میں مریضہ کے حرکات تنفس میں مداخلت ہوتی ہے اور اس کو سخت تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ 41

اثرات وضع حمل پر۔ لارڈوسس (lordosis = فطاء) رحم کو غیر معمولی طور پر آگے ڈھکیل دیتا ہے، لہذا اپینڈولس بیلی (لٹکا ہوا پیٹ) عام ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے

جنین کا ماں کے ساتھ معمولی توافق برباد ہو جاتا ہے، اور آکسیٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعات بہت عام ہیں۔ وضع حمل میں جب تک کہ سر اوٹ لٹ (مخرج) تک نہیں پہنچ جاتا کوئی دشواری پیش نہیں آتی، اس کے بعد پیوبک آرچ (محراب عانی) کی تنگی کے باعث سر پیچھے کی جانب دھکیلا جاتا ہے۔ اگر ٹیوبر اسٹیز (حدبیوں) کے درمیان سر کے لئے ناکافی جگہ ہو تو ولادت بجائے اس کے کہ آگے سے ہو تمامتر ٹیوبر اسٹیز (حدبیوں) کے پیچھے سے ہوتی ہے۔

تشخیص

شو کی نشوو کی موجودگی اظہر من الشمس ہوتی ہے، لہذا صرف اس امر کی تحقیق میں دشواری پیش آتی ہے کہ اوٹ لٹ (مخرج) پر اگر کچھ اثر پڑا ہے تو وہ کتنا ہے۔ ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) اور معمولی پیلوی میٹری (حوض پیمائی) سے کچھ مدد نہیں ملتی، اگر کوئی ناپ کسی کام کا ہے تو وہ یا اسکیل ٹیوبر اسٹیز (ورکی حدبیوں) کے درمیان کا ناپ ہے جو طبعی طور پر ½۴ انچ ہونا چاہیئے یا اوٹ لٹ (مخرج) پر مقدمی عقبی قطر کا ناپ ہے۔

انذار

انذار بہت اچھا نہیں ہوتا کیونکہ کانٹریکشن (انقباض) کے درجہ کا اندازہ لگانا دشوار ہوتا ہے جس سے بسا اوقات اوٹ لٹ (مخرج) پر رکاوٹ واقع ہوتی ہے، اور چونکہ یہ دوسرے مرحلہ کے اخیر تک عیاں نہیں ہوتی لہذا ممکن ہے پرفوریشن (ثقب) کی ضرورت پڑے۔

ماں کی اموات کے اعداد، شائع شدہ مثالوں میں ۱۵۔۲۰ فی صدی تھے، لیکن پیلوس (حوض) کا این اسٹھیا (عدم حسیت) کے تحت، بغور امتحان کرنے اور اسکی جسامت کے لحاظ سے علاج اختیار کرنے پر یہ اعداد اس سے بہت کم ہونا چاہئیں۔

سر کی بیک ورڈ ڈس پلیس منٹ (پس غیر وضعیت) کے باعث، پرینیم (عجان) کا مکمل انشقاق اور ریکٹم (معا مستقیم) کی شدید دریدگی عام ہے۔

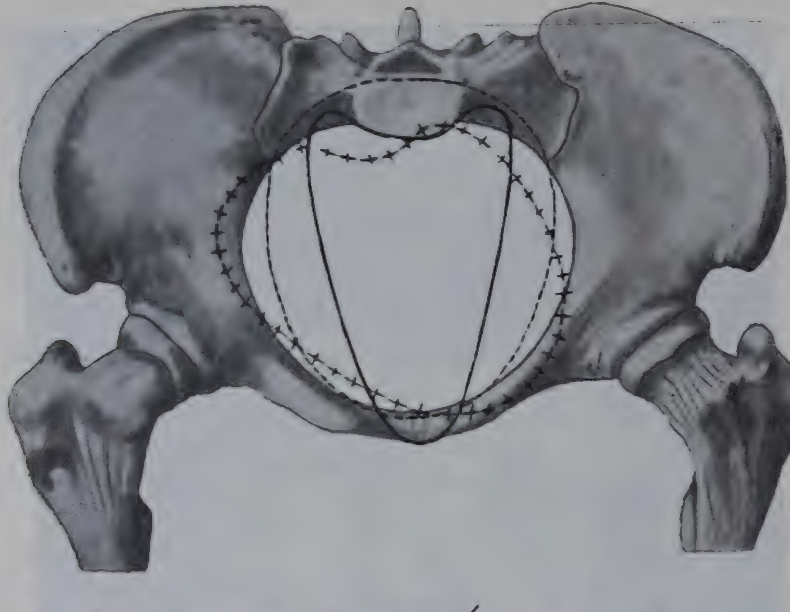
آبلیق پیلوس (oblique pelvis = **ترچھا حوض**)۔ اگر شو کی عمود جانبی طور پر منحنی [سکولیوسس (scoliosis = التواء)] ہو یا اگر ایک ٹانگ دوسری ٹانگ سے چھوٹی ہو، تو پیلوس (حوض) چھوٹی ٹانگ کی جانب ٹیڑھا ہو جاتا ہے اور وزن جسم کی توزیع کو درہم برہم کر دیتا ہے، اور چھوٹی ٹانگ کو نصف سے زیادہ وزن جسم برداشت کرنا پڑتا ہے۔ چنانچہ وزن جسم کے اثر سے پیدا ہونے والے تغیرات، اس جانب نمایاں تر ہو جاتے ہیں، اور پیلوس (حوض) ترچھا ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر مرض بچپن میں واقع نہ ہوا ہو تو پیلوس (حوض) میں بہت کم تغیر واقع ہوتا ہے۔ بہرصورت شدید آبسٹرکشن (obstruction = تسدد) شاذ ہے۔ سر پیلوس (حوض) کی زیادہ کشادہ جانب کے ساتھ متوافق ہو جاتا ہے۔ اگر پیلوس (حوض) کا کوئی قدیم کسر ہو جس میں بہت سا کیلس (callus = دشبذ) بن گیا ہو، تو اس سے پیلوس (حوض) غیر متشاکل ہو جاتا ہے۔

419 تشخیص، شو کی تشوہ یا لنگڑے پن کی موجودگی کی بنا پر کی جاتی ہے۔ یہ امر کہ کس قدر جگہ میسر ہو سکتی ہے اندرونی امتحان سے معلوم کیا جاتا ہے، یہ امتحان بشرط ضرورت این استھیسیا (عدم حسیت) کے تحت نصف ہاتھ سے انجام دیا جاتا ہے۔

آسٹیو میلیشک پیلوس (osteomalacic pelvis = **لینت العظامی حوض**)۔ آسٹیو میلیشیا (لینت العظام) ایک مرض کا نام ہے جس میں عمومی علامات، مثلاً جوارح میں درد، برونکائٹس (bronchitis = التہاب شعبتی) اور نیورائٹس (التہاب عصبی) پائے جاتے ہیں، اور علاوہ ازیں ہڈیوں کی انتہائی لینت پائی جاتی ہے۔ یہ مرض برطانیہ میں شاذ ہے، لیکن وسط یورپ اور ایشیا میں زیادہ عام ہے۔ چونکہ یہ بالغوں پر حملہ آور ہوتا ہے، لہذا پیلوس (حوض) میں تغیرات اس وقت ہوتے ہیں جب کہ طبعی پیلوس (حوض) بن چکتا ہے۔ ہڈیوں کی نرماہٹ کا سبب یہ ہے کہ لائم سالٹز (lime salts = چونہ کے نمکیات) جذب ہو جاتے ہیں، اور پیشاب میں زیادہ مقداروں میں

خارج ہوتے ہیں۔ تازہ ہوا، سورج کی روشنی، کاڈلور آئیل (cod liver oil = کاڈ مچھلی کا تیل)، اریڈئیٹڈ ارگوسٹرال (irradiated ergosterol = شعاع یافتہ ارگوسٹرال)، اور کیلشیم لیکٹیٹ (calcium lactate) کے ذریعہ علاج کرنے سے حالت بہتر ہو جاتی ہے۔

ہڈیاں اس قدر نرم ہو جاتی ہیں کہ وہ بیرموں کا کام نہیں دے سکتیں، لہذا اس نرماہٹ سے جو پیلوس (حوض) حاصل ہوتا ہے وہ ٹرائی ریڈیئیٹ (triradiate =



تصویر ۱۷۹۔ ایک عرضی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض)، ایک کائی فاٹک پیلوس (تسنمی حوض)، اور ایک ترچھے پیلوس (حوض) کا اضافی تناسب ظاہر کرنے کے لئے ان کو اوپر تلے رکھدیا گیا ہے۔

عرضی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) ــــ ترچھا پیلوس (حوض)

+ + + کائی فاٹک پیلوس (تسنمی حوض) . . . .

سہ شعاعی) ہوتا ہے کیونکہ ایسی ٹیبولا (فنجان) اور پرومانٹری (طنف) ایک خاص طرح پر اندر کی جانب گھس جاتے ہیں۔ چونکہ عظم الورک (ischium) کی ٹیوبراسٹیز (حدیبات) بھی

قریب آجاتی ہیں، اس لئے پیوبیز (عانہ) ایک آگے کی جانب نمایاں بروز کی شکل اختیار کرلیتا ہے، یہی وجہ ہے کہ بعض اوقات ان مثالوں کو "بیکڈ پیلوس (beaked pelvis = منقار دار حوض)" کا نام دیا جاتا ہے۔ بعض مثالوں میں نہایت انتہائی تشوہ پیدا ہو جاتا ہے اور ہڈیاں اس قدر نرم ہوتی ہیں کہ تشوہ کو جزوی طور پر ہاتھ سے درست کیا جاسکتا ہے (تصویر۔ ۱۸۰)۔

ویجائنل (مہبلی) امتحان پر کانٹریکشن (انقباض) کی تشخیص اظہر من الشمس 420



تصویر۔ ۱۸۰۔ ایک اسٹیومیلیشیا (لینت العظام) کی مریضہ کا پیلوس (حوض)۔
دیکھو ہڈیاں تڑمڑ گئی ہیں اور پیلوس (حوض) کی شکل بہت ہی بگڑ گئی ہے۔

ہونی چاہئے۔ ہڈیوں کی انتہائی نرماہٹ، پیشاب کے تجزیہ، اور عمومی علامات سے مرض کی صحیح نوعیت تشخیص ہوسکتی ہے۔

نیگل (Naegele) کا آبلیق پیلوس (oblique pelvis = ترچھا حوض)۔

پیلوس (حوض) کا یہ شاذ تشوہ اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ سیکرم (عجز) کے ایک طرف کا جانبی تودہ پورے طور پر نمو یاب نہیں ہوتا اور متاثرہ جانب کے الیم (حرقفہ) کے ساتھ عظمی طور پر متحد ہو جاتا ہے۔ اس سے آبلیق پیلوس (ترچھا حوض) بن جاتا ہے جس کی وہ جانب جہاں سیکرم (عجز) ناقص ہوتا ہے کانٹریکٹڈ (منقبض) ہوتی ہے۔ یہ بدشکلی وزن جسم کے اثر سے بڑھ جاتی ہے، اور بلوغت تک پہنچتے پہنچتے ایک بہت ہی ترچھا پیلوس (حوض) پیدا ہو جاتا ہے۔

سمفز زپیوبس (ارتفاق عانہ) صحیح جانب کی طرف ہٹا ہوتا ہے، اور پوسٹیریئر سوپیریر الیک سپائنز (عقبی فوقانی حرقفی شوکوں) اور سیکرل سپائنز (عجزی شوکوں) کے درمیان فاصلے غیر مساوی ہوتے ہیں۔ وضع حمل میں انذار کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ زیادہ بڑی جانب کس قدر جگہ میسر ہو سکتی ہے۔ علی العموم سیسرین سیکشن (Cæserian section= شگاف قیصری) کی ضرورت نظر آتی ہے۔

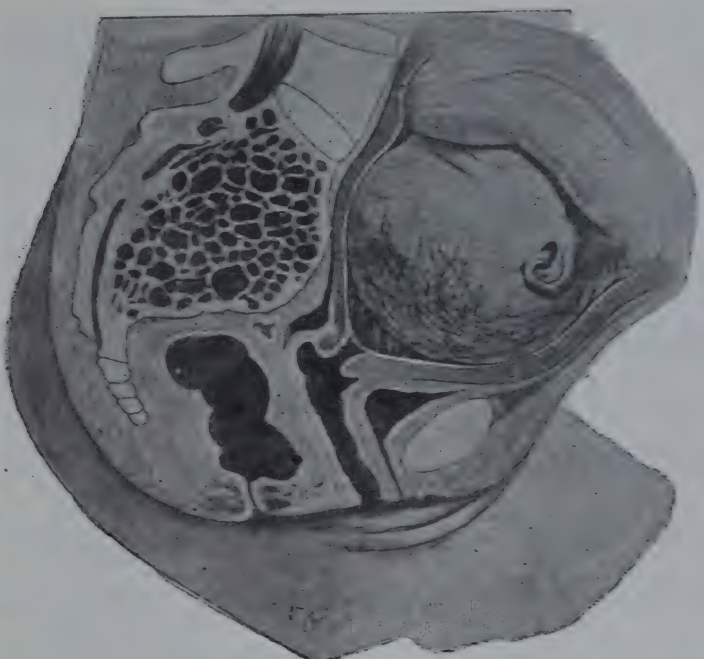
رابرٹ (Robert) کا عرضی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (contracted pelvis= منقبض حوض)۔ اس پیلوس (حوض) میں سیکرم (عجز) کے جانبی تودوں میں
421 دونوں طرف نقص ہوتا ہے، اور دونوں طرف عظمی اتحاد موجود ہوتا ہے۔ تمام عرضی قطر چھوٹے ہوتے ہیں، اور پیوبک (عانی) زاویہ تنگ ہوتا ہے۔ اگر حمل واقع ہو جائے تو سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) ضروری ہو جاتا ہے، لیکن اس قسم کا پیلوس (حوض) بہت ہی شاذ ہوتا ہے۔

سپلٹ پیلوس (split pelvis = مشقوق حوض)۔ اس میں سمفز زپیوبس (ارتفاق عانہ) کی جگہ لیفی بافت لے لیتی ہے۔ پیلوس (حوض) معمول سے زیادہ چوڑا ہوتا ہے، لیکن سیکرم (عجز) نمایاں طور پر آگے کو ہٹا ہوتا ہے، اور کانجوگیٹ (مزدوج) گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ اس قسم کے شاذ پیلوس (حوض) کے ہمراہ لمبا او قامت اور بھی تشوہات، مثلاً ایکٹوپیا ویسی کی (ectopia vesicæ= بے محلی مثانہ) موجود ہوتے ہیں، اس لیے حمل شاذ ہے۔

سپانڈیلولسنتھیٹک پیلوس (spondylolisthetic pelvis = منزلق الفقرات

حوض)۔ یہ لفظ اُن شاذ مثالوں کے لئے استعمال کیا جاتا ہے جن میں آخری لمبر (قطنی) فقرہ کا جسم آگے کی جانب مخلوع ہوتا ہے۔ اس قسم کا خلعہ فقرہ کی بوسیدگی یا خلقی تشوہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ قدرتی بات ہے کہ اپنی جگہ سے ہٹا ہوا فقرہ برم (لگر) کو مسدود کر دیتا ہے۔ یہ حالت بہت شاذ ہے۔

بعض اوقات پیلوس (حوض) کے کسر کے نتیجہ کے طور پر پیلوک (حوض) قنال کے



تصویر ۱۸۱۔ کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) جو کہ سیکرم (عجز) کی نو بالید کا نتیجہ ہے۔

رقبہ میں ایک اکتسابی تخفیف واقع ہو جاتی ہے۔ شاذ مثالوں میں پیلوس (حوض) کا کانٹریکشن (انقباض) اس امر کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے کہ زچگی کے بعد سیکرو ایلیک لگامنٹز (sacro-iliac ligaments = عجزی حرقفی رباطات) بے حد مرتخی ہو گئے ہوں اور سیکرم (عجز) کی پرومانٹری (طنف) آگے کو تدویر کر گئی ہو۔ کانٹریکٹڈ پیلوس

(منقبض حوض) کی ان اکتسابی اقسام کی اہمیت یہ ہے کہ ان کی وجہ سے ایک ایسی ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورت) کی طبعی تطریق میں بھی آب سٹرکٹڈ (مسدود) وضع حمل واقع ہو سکتا ہے کہ جس کو پہلے آسان وضع حمل ہوتا رہا ہو۔

422

کانٹریکٹڈ پیلوس (انقباض حوض) کی تشخیص

فن قبالت میں یہ ایک خالی از خطر کلیہ ہے کہ ہر پیلوس (حوض) کو کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) تصور کیا جائے تا وقتیکہ اس کی ضد ثابت نہ ہو جائے۔ لیکن حقیقی ثبوت اس بات پر منحصر ہے کہ پیلوس (حوض) کے اندرون کو بلا واسطہ یا بالواسطہ ناپا جائے [دیکھو پیلوی میٹری (حوض پیمائی) باب ۳۴]۔ اس کے علاوہ اور بھی کئی نکات ہیں جو اس امر کے مقابلہ میں کہ متعدد مریضات میں کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کا صرف امکان ہی ہوتا ہے ایک خاص مریضہ میں اس کے اغلب امکان کی طرف توجہ مبذول کراتے ہیں اور بتاتے ہیں کہ اس مریضہ کا میعاد تک پہنچنے دینے سے قبل خاص غور کے ساتھ امتحان انجام دینا چاہیئے۔ مثلاً ممکن ہے سٹل بارن (مردہ تولد ہوئے) بچوں کے طویل وضع الحملوں کی سرگزشت موجود ہو، یا مریضہ پست قد [پانچ فٹ یا اس سے بھی کم] اے کانڈرو پلاسٹک (achondroplastic = غضروف ناپیدائی) کائی فاٹک (kyphotic = تسنّمی)، سکولیوٹک (scoliotic = التوائی) یا لنگڑی ہو یا اس میں رکٹز (rickets = کساح) کی امارات عیاں ہوں۔ یہ امور کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کا قطعی ثبوت نہیں ہیں، لیکن وہ کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی موجودگی کو زیادہ قرین قیاس بتاتے ہیں اور ان کی بنا پر شکی امتحان کیا جاتا ہے۔ شبہ کی تصدیق اس طرح ہوتی ہے کہ کوئی تشوہ یا پینڈولس بیلی (لٹکا ہوا پیٹ) یا نمایاں طور پر ترچھا رحم دریافت ہو، یا سر پیوبس (عانہ) پر بروز کر رہا ہو یا برم (لگر) میں دبایا نہ جا سکتا ہو۔ موخر الذکر امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ یا تو پیلوس (حوض) کانٹریکٹڈ (منقبض) ہے یا کوئی اور انسداد موجود ہے، ورنہ پھر سر غیر معمولی طور پر بڑا ہے۔

اب پلوی میٹر (حوض پیما) سے پیلوس (حوض) کے بیرونی ناپ لئے جاتے ہیں۔

ویجائنل (مہبلی) امتحان سے ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) کا اندازہ لگایا جاتا ہے بشرطیکہ یہ ممکن ہو اور اس امر کے متعلق ایک تصور قائم کیا جاتا ہے کہ الیوپکٹینیل (ilio-pectineal = حرقفی مشطی) خط کا باہر کو کتنے فاصلہ تک پتہ لگایا جاسکتا ہے تاکہ رائے قائم کی جائے کہ آیا پیلوس (حوض) کا عمومی کانٹریکشن (انقباض) یا ترچھاپن موجود ہے یا نہیں۔ انگلیوں یا کیلیپرز (calipers = طول پیما) کے ذریعہ پیوبک آرچ (عانی محراب) کی جسامت سرسری طور پر ناپی جاسکتی ہے اور اسکیل ٹیوبر اسٹیز (ورکی حدبو) کا درمیانی فاصلہ دریافت کیا جاسکتا ہے۔ متذکرہ صدر امور کے علاوہ اگر مریضہ کو وضع الحمل شروع ہو چکا ہو تو میمبرینز نیٹنز (تطریقات ناقص) اور امبلائکل کارڈ (حبل سری) کے پرولیپس (سقوط) کی صورت میں کانٹریکشن (انقباض) کا شبہ اس امر سے کیا جاسکتا ہے کہ تطریقی حصہ بہت بلندی پر واقع ہوتا ہے یا بالکل محسوس ہی نہیں ہو سکتا۔

باب سی و شش

اِنصرام وضع حمل، عدم تناسب کی موجودگی میں

اس موضوع پر بہترین طریقہ یہ ہے کہ دو عنوانات کے تحت بحث کی جائے ۔ (۱) جب مریضہ کو زمانہ حمل میں دیکھا جائے (۲) جب اس کو میعاد پر پہلے سے وضع حمل ہو رہا ہو۔

۱۔ زمانہ حمل میں

ہر پرمی گریویڈا (اولین حاملہ) اور ملٹی پیرا (کثیر الولادت) عورت کا جس کی سرگذشت میں دشواری وضع حمل ہو اُن طریقوں کے مطابق دستور العلی امتحان کرنا چاہیئے جو کہ بچونتیسویں اور پینتیسویں ابواب میں بیان کئے گئے ہیں، اگر اس اصول پر عملدرآمد کرتے ہوئے کسی درجہ کا پیلوک کانٹریکشن (حوضی انقباض) شناخت ہو تو تین ممکن راہیں کھلی ہیں :—

(۱) یہ کہ حمل کو میعاد تک قائم رہنے دیا جائے اس امید میں کہ قدرتی طاقتوں سے، اور بشرط ضرورت امداد سے، ایک زندہ بچہ کی ولادت ہو جائے گی۔

(۲) میعاد سے کچھ روز قبل وضع حمل کا ان ڈکشن (امالہ) کر دیا جائے، بشرطیکہ بچہ کی جسامت کم ہونے کی وجہ سے اس کی قدرتی ولادت ہو سکتی ہو اور نیز اس کے

زندہ رہنے کا معقول امکان ہو۔

(۳) مریضہ کو یہ مشورہ دیا جائے کہ وہ میعاد پر سیزرین سکیشن (شگاف قیصری) کرائے بشرطیکہ کانٹریکشن (انقباض) اس قسم کا ہو کہ باقی طریقوں سے زندہ بچہ حاصل کرنے کی توقع بہت کم ہو۔

یہ فیصلہ کہ ان تین طریقوں میں سے کونسا طریقہ اختیار کیا جائے، زیادہ تر اس امر پر منحصر ہے کہ کانٹریکشن (انقباض) کس درجہ کا ہے یا بالفاظ صحیح تر سر کی جسامت اور پیلوس (حوض) کی جسامت میں کس قدر عدم تناسب ہے، لیکن دوسرے امور کا بھی لحاظ کرنا پڑتا ہے، مثلاً کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی قسم کیا ہے، مریضہ کی عمر اور صحت کیسی ہے، اور اگر اس کو سابقہ وضع حمل ہوئے ہیں تو ان کی سرگذشت کیا ہے۔

انتہائی درجہ کے کانٹریکشن (انقباض) میں، مثلاً جس میں برم (گگر) پر ۳ انچ یا اس سے کم کاٹروکانجوگیٹ (صادق مزدوج) ہو، بہترین راہ عمل جو اختیار کرنی چاہئے آسانی سے متعین ہو سکتی ہے، اور وہ یہ ہے کہ سیزرین سکیشن (شگاف قیصری) انجام دینا چاہئے۔ اگر ۲ — ۲½ انچ سے کم کاناپ ہو تو میعاد پر قدرتی راستہ سے ولادت ناممکن ہوتی ہے (دیکھو صفحہ 674)، اس صورت میں عملیہ کے بدل کے طور پر واحد چارہ کار یہ ہوگا کہ چھٹے مہینے سے قبل ایبارشن (اسقاط حمل) کا انڈکشن (امالہ) کر دیا جائے، لیکن یہ کارروائی صرف اسی صورت میں جائز ہے کہ والدین عملیہ کرانے سے انکار کر دیں، چنانچہ
اس کی اخلاقیات پر ترپن (۵۳) ویں باب میں بحث کی جا چکی ہے۔ مزید براں ایک بچہ تین انچ 424
کے کانجوگیٹ (مزدوج) میں سے جب ہی تولد ہو سکتا ہے کہ وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) تقریباً تیسویں ہفتہ میں کرایا جائے، یعنی اتنے ابتدائی زمانہ میں جبکہ اس کی بقاء حیات کی کوئی معقول امید نہیں ہوتی۔ لہذا یہ بیان درست ہے کہ ۳½ انچ کے ٹروکانجوگیٹ (صادق مزدوج) میں بھی سیزرین سکیشن (شگاف قیصری) ایک بہتر طریق علاج ہے، اور اکثر منتخب مثالوں میں یہ ۳½ انچ تک کے کانجوگیٹ (مزدوج) میں بھی جائز ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 663)۔ سب سے زیادہ مشکل مسائل ان مثالوں میں پیش آتے ہیں جو ادنیٰ درجہ کے کانٹریکشن (انقباض) کی ہوتی ہیں، یعنی جب ٹروکانجوگیٹ (صادق مزدوج)

$\frac{1}{4}$ ۳ انچ اور اس سے زیادہ ہوتا ہے، اور چونکہ انتہائی درجوں کی بہ نسبت ایسی مثالیں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہوتی ہیں، لہٰذا ان کی تفصیلی بحث کی ضرورت ہے۔

چونکہ پیلوس (حوض) کو دوران حیات میں ناپا نہیں جا سکتا بغیر اس کے کہ کم از کم $\frac{1}{4}$ انچ کی خطا کی امکانی گنجائش کی رعایت رکھی جائے، اور چونکہ بچہ کا سر بھی ایک عامل کی حیثیت رکھتا ہے، لہٰذا انصرام کے متعلق فیصلہ کرنے میں سب سے زیادہ اہم نکتہ یہ ہوتا ہے کہ ان طریقوں کے مطابق جو کہ صفحہ 399-398 پر بیان کئے گئے ہیں، سر اور پیلوس (حوض) کی اضافی جسامت دریافت کی جائے۔ اگر امتحان کرنے پر یہ معلوم ہو کہ ۳۲ ویں ہفتہ ایسے ابتدائی زمانہ میں سر برم (لگر) سے اوپر ہے اور اس کو برم (لگر) میں داخل نہیں کرایا جا سکتا، تو یہ سمجھ لینا چاہیے کہ اس ابتدائی زمانہ میں اگر وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) کیا جائے تو بقاء حیات کے امکانات بہت بعید از قیاس ہیں، لہٰذا میعاد پر سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری) کرنے کو ترجیح دینی چاہیے۔ اس بیان کا اطلاق ۳۲ ویں ہفتہ کے مابعد زمانہ پر بھی ہو سکتا ہے جبکہ دیگر ملحوظات موجود ہوں، مثلاً یہ کہ مریضہ ایک مسن پرمی گریوِیڈا (اولین حاملہ) ہو کیونکہ وضع حمل کے انڈکشن (امالہ) کے لئے سب سے زیادہ سازگار زمانہ ۳۴ ویں ہفتے سے لیکر ۳۶ ویں ہفتے تک ہے (دیکھو صفحہ 702)۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ کسی کامل المیعاد بچہ کے سخت سر کی بہ نسبت، جب ایک پری میچور (قبل از میعاد) بچہ کا نسبتہً نرم سر ایک ایسی عورت کے جینیٹل (genital = تناسلی) قنال میں سے جس نے پہلے کبھی بچہ نہ جنا ہو گذرتا ہے تو اس کے سر کے متضرر ہونے کا زیادہ اندیشہ ہوتا ہے لہٰذا پری میچور (قبل از میعاد) وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) ایک ملٹی پیرا (کثیر الولادت) عورت کی بہ نسبت، ایک پرمی گریوِیڈا (اولین حاملہ) عورت میں کم کامیاب ہوتا ہے۔ نیز منطقی طور پر یہ بھی ثابت کیا جا سکتا ہے کہ جب ایک دشوار بالذات وضع حمل کے دوران میں ایک پری میچور (قبل از میعاد) بچہ کا سر مضغوط ہو جانے سے متضرر ہو سکتا ہے، تو فارسیپز ایکسٹریکشن (کلابی تخریج) سے جو ضغطہ پڑے گا وہ تو تقریباً یقینی طور پر مہلک ہوگا۔ اگر سر کو ۳۷ ہفتہ کے بعد پیلوس (حوض) میں بآسانی اور غیر مشکوک طور پر داخل کرایا جا سکے، تو ظاہر ہے کہ حمل کو میعاد تک قائم رہنے دینا بہترین طریق عمل ہے کیونکہ غالباً بچہ خود بخود تولد ہو جائے گا، یا اگر ماں خستہ ہو رہی ہوگی تو آلتی امداد سے تولد ہو جائے گا۔

یہ بتایا جاتا ہے کہ اقل ٹرو کا نجوگیٹ (صادق مزدوج) جس میں سے فارسیپز (کلاب) کا استعمال کرنا مستحسن ہے، ۳ ½ انچ ہے، لیکن اگر کوئی سر ایسا ہو کہ جس کو میعاد سے دو یا تین ہفتہ قبل برم (گگر) میں دھکیلا جا سکتا ہو، تو اس کو مولڈنگ (انصیاغ) کے لئے کافی مہلت دینی چاہیئے اور اس وقت جب کہ برم (گگر) میں سے گذر جائے اس کا صحیح علاج یہ ہے کہ اگر قدرتی طاقتیں ولادت کی تکمیل کرنے کے لئے ناکافی ہوں تو فارسیپز (کلاب) کے ذریعہ ایکسٹریکشن (تخریج) کی جائے۔

اب تک جن ناپوں کا ذکر کیا گیا ہے وہ صرف برم (گگر) پر مقدمی عقبی قطر کے کانٹریکشن (انقباض) سے تعلق رکھتے تھے، یعنی فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) کے تھے۔ اگر یہ 425
شبہ ہو کہ پیلوس (حوض) اپنے تمام قطروں میں کانٹریکٹڈ (منقبض) ہے تو اب تک جو کچھ بیان کیا گیا ہے اس کا اطلاق ½ انچ زیادہ کے کانجوگیٹ (مزدوج) کے لئے کیا جا سکتا ہے، بالفاظ دیگر ایک عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) میں ۳ ¾ انچ کا کانجوگیٹ، (مزدوج) فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) میں ۳ ¼ انچ کے کانجوگیٹ (مزدوج) کے مساوی شمار کرنا چاہیئے۔

یہ یاد رکھنا بھی ضروری ہے کہ فلیٹننگ (flattening = چپٹے پن) کی بہ نسبت عمومی کانٹریکشن (انقباض) شناخت کرنا زیادہ دشوار ہے، کیونکہ آخر الذکر میں پرومانٹری (طنف) مماثل درجہ تک نمایاں نہیں ہوتی۔ بعض اوقات خفیف درجہ کا عمومی کانٹریکشن (انقباض)، جو ممکن ہے مشاہدہ میں نظر انداز ہو جائے، وضع حمل میں تشویشناک دشواری پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ اگر خوب نمایاں کانٹریکشن (انقباض) ہو تو پیلوی میٹری (pelvimetry = حوض پیمائی) کے ذریعہ، اور صفحہ 415 پر درج کردہ نکات کے ذریعہ مذکورہ بالا دونوں اقسام میں فرق کیا جا سکتا ہے، لیکن جب کم نمایاں درجہ کا کانٹریکشن (انقباض) ہو تو زیادہ تر سر اور پیلوک برم (حوضی گگر) کے باہمی عدم تناسب کی تخمین ہی پر بھروسہ کرنا پڑتا ہے۔ تاہم اس طریقہ سے بھی یہ فیصلہ کرنا کہ انڈکشن (امالہ) کے لئے اب موافق وقت آ گیا ہے یا نہیں، یعنی بچہ کو وہ اعظم نمو حاصل ہو گیا ہے یا نہیں کہ جس سے وہ قدرتی قوتوں سے بلا آلتی امداد کے تولد ہو سکے، کوئی آسان مسئلہ نہیں ہے۔ عام غلطی جو کہ زیادہ بے ضرر بھی ہے،

یہ ہے کہ ضرورت سے زیادہ جلد انڈکشن (امالہ) کیا جاتا ہے۔ اگر بہت دیر میں انڈکشن (امالہ) کیا جائے کہ جس سے انتہائی مولڈنگ (انصیاغ) کے بعد فارسیپز (کلاب) سے ایکسٹریکشن (تخریج) کرنے کی ضرورت پڑے تو بالعموم شدید دماغی تضرر پیدا ہو جاتا ہے اور بچہ زندہ نہیں رہتا۔

یہ فیصلہ کرنے میں کہ کونسا علاج اختیار کرنا چاہیئے اس وقت اور بھی دقت پیش آتی ہے جب کہ بچہ ورٹکس (قمہ) کے بل تطریق نہ کر رہا ہو۔ میلپریزنٹیشنز (ناقص تطریقات) فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) میں زیادہ عام طور پر واقع ہوتی ہیں، اور ممکن ہو تو دوران حمل ہی میں ان کا علاج کرنا چاہیئے، اور اکسٹرنل ورشن (بیرونی گردش) کر کے سر کو برم (دگر) پر لے آنا چاہیئے۔ اگر کوئی میلپریزنٹیشن (ناقص تطریق) درست نہ کی جاسکتی اور ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) کی حیثیت سے قائم نہ رکھی جاسکتی ہو، تو یہ امراس کے حق میں ایک زبردست دلیل ہے کہ سیسیرین سیکشن (شگاف قیصری) کیا جائے۔

انفرادی مثالوں میں دوسرے سوالات بھی فیصلہ کو متاثر کر سکتے ہیں۔ مثلاً اگر کوئی مریضہ معمر اور پرمی گریویڈا (اولین حاملہ) ہو اور اس کو دوسری مرتبہ حمل کے امکانات بہت کم ہوں اور اس کے نرم حصول میں کچھ ناہمواری کی وجہ سے وضع حمل زیادہ دشوار ہونے کا امکان ہو، تو خفیف درجہ کے کانٹریکشن (انقباض) میں بھی یہ جائز ہے کہ سیسیرین سیکشن (شگاف قیصری) کیا جائے کہ جس میں زندہ بچہ ہونا یقینی ہوتا ہے۔ اس کے برخلاف، اگر کوئی نوجوان عورت پرمی گریویڈا (اولین حاملہ) ہو تو یہ میلان ہوگا کہ ممکن ہو تو حمل کو میعاد تک یا اس کے قریب تک قائم رہنے دیا جائے، کیونکہ اس کے پہلے وضع حمل کا تجربہ آئندہ کے لئے ایک مفید مشعل راہ ثابت ہوگا۔ ایک ملٹی پیرا (کثیر الولادت زچہ) میں جو دشوار وضع الحملوں کی سرگذشت رکھتی ہو سوال زیادہ آسان ہوتا ہے۔ اگر میعاد کے وضع الحملوں میں مردہ مولودات یا متضرر بچے حاصل ہوئے ہوں، تو کامل میعاد سے قبل انڈکشن (امالہ) کر دینا بدیہی طور پر بہترین عمل ہے۔ اگر وضع الحمل پر انتہائی دشواری ہوئی ہو کہ جس سے کرینیوٹومی (craniotomy = جمجمہ شگافی) کی ضرورت پڑی ہو اور خاص کر اگر عورت ۳۰ سال سے اوپر ہو جو ایک زندہ بچہ کا حصول یقینی بنانا چاہتی ہو، اور سیسیرین سیکشن (شگاف قیصری) کرانے پر رضامند ہو تو موزوں حالات میں میعاد پر سیسیرین سیکشن (شگاف قیصری) کا عملیہ کر دینا

426

بالکل جائز ہوگا۔

مزید برآں ماں کا کوئی عمومی مرض بھی وضع حمل کے انڈکشن (امالہ) یا سیسرین سکیشن (شگاف قیصری) کے حق میں فیصلہ کرنے میں اثر انداز ہو سکتا ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ قلب کا مزمن ویلویولر (valvular = مصراعی) مرض، یا مزمن کلوی مرض بجائے خود زیادہ شدید اور مداخلت کا مقتضی نہ ہو، لیکن اگر اس کے ساتھ پیلوس (حوض) کا خفیف سا کانٹریکشن (انقباض) بھی موجود ہو گا تو ممکن ہے حمل کو میعاد تک قائم رکھنا خلاف مصلحت ہو جائے، کیونکہ ایک طویل اور دشوار وضع حمل کے نتیجہ کے طور پر زائد خطرات پیدا ہو سکتے ہیں۔

اس سب کا اختصار یہ ہے کہ پیلوک کانٹریکشن (حوضی انقباض) کی ان تمام مثالوں میں جن میں فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) کا ۱/۴ ۳ سے کم اور عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کا ۳/۴ ۳ انچ سے کم ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) ہو، یا جن میں ۳۲ ویں ہفتہ کے بعد سر کو پیلوس (حوض) میں دبایا نہ جا سکے، میعاد پر سیسرین سکیشن (شگاف قیصری) کرانے کی تاکید کرنی چاہیئے۔ اگر ۳۶ ویں ہفتہ میں سر برم (لگگر) میں بآسانی داخل نہ ہو سکے، تو وضع حمل کے انڈکشن (امالہ) کی آزمائش کرنی چاہیئے الا اس صورت میں جب کہ عورت مُسن اور پرمی گریویڈا (اولین حاملہ) ہو۔ اگر ۳۶ ویں ہفتہ کے بعد سر کو برم (لگگر) میں دبایا جا سکے تو حمل کو میعاد تک قائم رہنے دینا چاہیئے اور اس کا انصرام اس طرح کرنا چاہیئے جس طرح نیچے بیان کیا گیا ہے۔ زمانہ حال میں میٹرنٹی ہسپتالوں (زچگی خانوں) میں یہ میلان ہو گیا ہے کہ ان مشکوک صورتوں میں وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) کم کیا جائے۔ مریضہ کو میعاد تک حاملہ رہنے دیا جاتا ہے اور اس کا وضع حمل ہونے دیا جاتا ہے۔ وضع حمل کمترین اندرونی امتحان کے ساتھ اور سخت ترین جراحتی صفائی کے ٹیکنیک (technique = طرز عمل) کے ساتھ انجام دیا جاتا ہے۔ اگر رحمی فعل اچھی طرح ہو اور سر برم (لگگر) میں مثبت ہو جائے، تو سر کو مہلت دی جاتی ہے اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ آیا یہ ڈھلتا اور کیویٹی (کہفہ) میں داخل ہوتا ہے یا نہیں۔ اگر یہ امر ظاہر ہو جائے کہ سر مرتبط نہیں ہوگا، تو فی الفور سیسرین سکیشن (شگاف قیصری) کر دیا جاتا ہے۔ اس کو بعض اوقات آزمائشی وضع حمل کہتے ہیں۔

ادنیٰ درجہ کے عدم تناسب کے علاج میں پری میچور (قبل از میعاد) وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) کیوں اس قدر نامقبول ہو گیا ہے، اس کی وجہ ایک تو یہ ہے کہ بلاشبہ عملیہ کا ناجائز استعمال کیا گیا ہے یعنی بہت سی اصابتوں میں وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) غیر ضروری طور پر کیا گیا ہے، جس کے خلاف ایک رد العمل ہوا ہے۔ دوسری وجہ یہ ہے کہ صحت کیساتھ یہ دریافت کرنا ناممکن ہے کہ ایک انفرادی اصابت میں کس قدر دشواری پیش آئے گی۔ آزمائشی وضع حملوں کا تجربہ یہ ثابت کرتا ہے کہ رحمی قوتوں میں طاقت کے محفوظات اور پیلویس (حوض) میں فضا کے محفوظات بدرجۂ اتم موجود ہیں، چنانچہ اگر ان کے ساتھ مولڈنگ (انصیاغ) بھی تعاون کرے کہ جس کی مقدار صرف قیاس کی جاسکتی ہے، تو وہ اس سے زیادہ بڑی میکانی دشواریوں پر غالب آسکتے ہیں کہ جتنا عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے۔ یہ امر آسانی سے سمجھ میں آسکتا ہے کہ اثنائے مزاولت میں اختلافات پائے جائیں گے۔ لہٰذا یہ کافی ہے کہ وضع حمل کے انڈکشن (امالہ) اور میعاد پر آزمائشی وضع حمل دونوں کی اضافی خوبیوں کو بیان کر دیا جائے۔

انڈکشن (امالہ) میں یہ فوقیت ہے کہ یہ ایک ادنیٰ سی کارروائی ہے جو بالکل خالی از خطر ہے، اس میں مستمر مشاہدہ کے لئے، اور شائد ایک فوری اور تشویشناک عملیہ
کے لئے ایک ہسپتالی ماحول کی ضرورت نہیں پڑتی، اور یہ عائلی مزاولت اور عام استعمال 427
کے لئے زیادہ موزوں ہے۔ لیکن یہ ضروری ہے کہ انڈکشن (امالہ) کو ان تنگ حدود کے اندر جو اوپر بیان کی گئی ہیں سختی کے ساتھ محدود رکھا جائے، اور جب اس کو کسی نوجوان عورت کے پہلے حمل میں انجام دیا جائے تو اس کو ایک تجربہ سمجھ کر انجام دیا جائے کہ جس کو آئندہ حمل میں دوبارہ نہ کیا جائے گا، تاوقتیکہ انڈیوسڈ (امالہ کردہ) حمل کے مشاہدہ اور نتائج سے ایسا کرنا حق بجانب ثابت نہ ہو۔ انڈکشن (امالہ) کرنے کا سب سے واضح داعیہ یہ ہی کہ کسی ملٹی پیرس (کثیر الولادت) عورت کی مثال میں دشوار آلتی وضع حملوں کے بعد سٹل بارن (مردہ مولود) اور تضرر یافتہ بچوں کی سرگذشت موجود ہو۔ انڈکشن (امالہ) کا سب سے بڑا نقصان یہ ہے کہ بچہ پری میچور (قبل از میعاد) ہوتا ہے، اور اگر اس کے درجۂ نمو کا غلط اندازہ لگایا جائے تو ممکن ہے اس کو پرورش کرنا مشکل ہو۔ نیز بچہ کے

نرم سر کو تضرر پہنچنے کا زیادہ اندیشہ ہوتا ہے، بالخصوص اگر فارسیپز سے ولادت کرائی جائے۔

آزمائشی وضع حمل میں یہ فوقیت ہے کہ اس سے ایک کامل المیعاد بچہ پیدا ہونے کی امید کی جاسکتی ہے، اور کچھ مدت مل جاتی ہے یہ دیکھنے کے لئے کہ قدرتی طاقتیں کیا کچھ انجام دے سکتی ہیں۔ تاہم ممکن ہے بعض اتفاقی عوامل اس آزمائشی مدت کو بہت گھٹا دیں، مثلاً یوٹرائن انرشیا (uterine inertia = رحمی جمود)، اغشیہ کا جلد مشقوق ہوجانا، تھکان، اور فقدانِ ضبط نفس، ایسی صورت میں ایک زیادہ پُرخطر عملیہ یعنی لوئر سیگمنٹ سیسرین سکشن (lower segment Caesarean section = زیریں قطعہ کا شگاف قیصری) بے ضرورت انجام دینا پڑتا ہے۔ اگر آزمائشی وضع حمل ایسے حالات میں کیا جائے کہ جن میں یہ حق بجانب ہے، تو سیسرین عملیہ (عملیہ قیصری) کی مثالوں کی تعداد بہت کم رہ جائے گی۔

جب بے تناسبی کے درجہ کا اندازہ لگانے کے لئے زیادہ اصلاح یافتہ طریقے برتے جائیں گے، تو پری میچور (قبل از میعاد) وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) بہت جلد دوبارہ مقبولیت حاصل کرے گا۔ لہذا انڈکشن (امالہ) سے کام لینے والے اطبا کا یہ فرض ہے کہ وہ عملیہ انجام دینے سے پہلے تمام قابل حصول طریقوں کے ذریعہ ہر اصابت کی پوری پوری تفتیش کرلیا کریں۔ ایک نہایت ہی اہم اور غور طلب امر سابقہ روئداد ہے، نیز ان اصولوں کے مطابق جو کہ صفحہ 398-400 پر بیان کئے گئے ہیں، این ایستھیسیا کے تحت سر اور برم (لگر) کے باہمی تناسب کا ایک آخری امتحان انجام دینا چاہئے۔ اگر سر پیلوس (حوض) کے برم (لگر) پر رُکا ہوا ہو (جیسا کہ تصویر ۱۷ میں دکھایا گیا ہے) تو ہاتھ کا انگوٹھا ترا کب کو شناخت کرلے گا (تصویر ۱۶)، اور مقدمی فارنکس (قبوہ) میں رکھی ہوئی انگشت شہادت سمفزز (ارتفاق) کی چوٹی کے قریب پہنچ جائے گی، اس طرح کہ اندر کی انگلی اور انگوٹھے کو باہم ملایا جاسکیگا۔ ایسی اصابت سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) کی ضرورت ظاہر کرتی ہے تاوقتیکہ سابقہ سرگذشت میں کوئی ایسی بات نہ پائی جائے جو انڈکشن (امالہ) کی آزمائش حق بجانب ثابت کرتی ہو۔ انڈکشن (امالہ) کرنے میں اس قدر سر کے مولڈنگ (انصیاغ) کی ضرورت ہوگی کہ ایک پری میچور (قبل از میعاد) بچہ میں دماغی

تضرر ہونے کا بہت زیادہ خطرہ ہے۔ اگر سر کو کیوبٹی (کہفہ) میں اس طرح دھکیلا جاسکے کہ یہ کیوبٹی میں گھس جائے اور برم (ڈگر) اس کے وسیع ترین قطر کو پکڑ لے جیسا کہ تصویر ۰، امیں دکھایا گیا ہے تو انگوٹھا تراکب کو شناخت نہیں کرے گا، اور اندرونی انگلی سمفزز (ارتفاق) کی چوٹی تک نہیں پہنچ سکیگی اور نہ انگوٹھے کے ساتھ مل سکیگی۔ ایسی اصابت اگر میعاد پر یا اس کے قریب پائی جائے تو آزمائشی وضع حمل کے لئے موزوں ہوگی، اور اگر یہ صورت حالات میعاد سے قبل ۳۶ ویں ہفتہ کے قریب پائی جائے

428 تو انڈکشن (امالہ) کے لئے موزوں ہوگی۔ اس کے بخلاف، اگر سر پیلوس (حوض) میں بآسانی اُتر سکتا ہو، انگوٹھا اور انگشت شہادت بہت دور دور ہوں اور سمفزز (ارتفاق) کے پیچھے معتد بہ درجہ تک نزول ہوچکا ہو (تصویر ۱۶۹ ء) تو حمل میں مداخلت کرنے کا کوئی سوال ہی پیدا نہیں ہوتا۔ طبیب کو مذکورہ بالا طریقہ امتحان کا جس قدر زیادہ تجربہ ہوگا اتنا ہی اسکے ہاتھ میں انڈکشنز (inductions = امالات) کی تعداد بھی کم ہوگی، کیونکہ تجربہ کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ طبیب کو قدرتی طاقتوں پر اعتماد زیادہ ہوجاتا ہے۔

۲۔ دوران وضع حمل میں

چونکہ عام قسم فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) کی ہوتی ہے، لہذا سب سے پہلے اسی پر نظر ڈالی جائے گی۔

جب کسی مریضہ کا فلیٹ پیلوس (چپٹا حوض) ہو اور اس کو حقیقۃً وضع حمل ہورہا ہو، تو اس کے انصرام میں نگران کار کا اولین اور سب سے اہم فریضہ یہ ہے کہ اچھی طرح تحقیقات کرکے ہر قسم کی تفصیلی شہادت جمع کرے جس کے ذریعہ یہ فیصلہ کیا جاسکے کہ آیا سر اور پیلوس (حوض) کی جسامتوں کا باہمی عدم تناسب، قدرتی راستوں سے ولادت کو ناممکن کرتا ہے یا نہیں۔ اگر سیسرین سکشن (شگاف قیصری) کرنا ہے تو پھر یہ ضروری ہے کہ پہلے کمتر بن مداخلت کی گئی ہو تاکہ تسلی بخش نتائج حاصل ہوں۔ صفحہ 535 میں اس امر پر مکمل بحث کی جاچکی ہے کہ اندرونی مداخلت کے بعد سیپسس (عفونت زدگی) کا خطرہ ہے۔ لہذا دوران وضع حمل میں یہ ضروری ہے کہ حتی الامکان جلد از جلد، اور ترجیحۃً

اغشیہ کے انشقاق سے قبل کسی فیصلہ پر پہنچا جائے۔ اگر مریضہ کو پہلے پہل میعاد ہی پر یا وضع حمل کے آغاز ہی میں دیکھا گیا ہو اور ناپ نہ لئے گئے ہوں تو یہ ناپ اب لینے چاہئیں اور اچھی طرح بیرونی امتحان کرنا چاہیے۔ اس کے بعد کامل این اَنیستھیسیا (عدم حسیت) کے تحت اندرونی امتحان کرنا چاہیے، ڈایاگنل کانجوگیٹ (diagonal conjugate= وتری مزدوج) ناپنا چاہیے (تصویر ۱۶۶) اور اس سے ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) مستنبط کر لینا چاہیے۔ پریزنٹیشن (تقطریق) اور وضع دریافت کرنی چاہیے اور اس کے لئے ضرورت ہو تو پورا ہاتھ ویجائنا (مہبل) میں ڈال دینا چاہیے (دیکھو صفحہ 699)، پھر یہ تحقیق کرنے کی کوشش کرنی چاہیے کہ پیلوس (حوض) اور بچہ کے سر کی اضافی جسامت کیا ہے اور اگر سر، سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) پر متراکب ہو (دیکھو تصویر ۱۶۸ صفحہ 397) تو یہ اندازہ لگانا چاہیے کہ آیا اس کے کیویٹی (کہفہ) میں داخل ہونے کے لئے مفرط مولڈنگ (انصیاغ) کی ضرورت ہوگی۔ اگر کائی فوسس (kyphosis= تسنم) موجود ہو تو آوٹ لٹ (مخرج) کی پیمائش ہرگز نظر انداز نہیں کرنی چاہیے (دیکھو صفحہ 417)۔

خفیف کانٹریکشن (انقباض) کی مثالیں۔ چونکہ انذار میں سر کی جسامت ایک اہم عامل ہے، لہذا سب سے اہم مشاہدہ یہ ہے کہ تراکب کس قدر رہے۔ سرسری طور پر بیان کیا جا سکتا ہے کہ ایک متوسط الجسامت بچہ کی صورت میں اگر فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) کا ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) ۳½ انچ سے ذرا زیادہ اور عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کا ۴ انچ ہو، تو یہ حق بجانب ہوگا کہ وضع الحمل کو جاری رہنے دیا جائے، بشرطیکہ دوسرے عوامل بھی ساز گار ہوں۔ دوسرے حالات یہ ہیں کہ دردیں طبعی ہوں، سروکس (عنق) تسع ہو یا اغشیہ غیر مشقوق اور سروکس (عنق) طبعی طور پر تسع ہو رہا ہو، ورٹکس (قمہ) تقطریق کرتا ہو، سر خمیدہ اور آکسیپٹو انٹیریر (قذالی مقدمی) وضع میں ہو، اور مریضہ کی عمومی حالت اچھی ہو۔
اس قسم کی خفیف مثال علم الولادت کے مشکل ترین مسائل میں سے ہے اور اس کے لئے 429
بڑے غور و فکر اور قوت فیصلہ کی ضرورت ہوتی ہے قبل اس کے کہ کسی صحیح نتیجہ پر پہنچا جائے۔ مثلاً ممکن ہے کہ شکمی امتحان پر سر کو بہت بلندی پر اور حرکت پذیر خیال کیا جائے اور

اس کا برم (ڈگر) میں داخل ہونا مشکوک نظر آئے، تاہم جب ویجائنل (دہبلی) امتحان کیا جائے تو یہ برم (ڈگر) میں بخوبی داخل ہونا معلوم ہو۔ اِن مریضاؤں میں سے اکثر کو بلا زیادہ وقت کے ولادت ہو جاتی ہے۔ میلان یہ ہوتا ہے کہ اس کی کافی قدر نہیں کی جاتی کہ قدرت کیا کچھ کام انجام دے سکتی ہے، تاہم وضع حمل کی محتاط نگہداشت کی ضرورت ہے۔ اگر مریضہ کو اس وقت دیکھا جائے جب کہ وہ دوسرے درجہ میں ہو، اور سر برم (ڈگر) میں مثبت ہو، تو مریضہ کو کسی قدر اطمینان سے اپنے حال پر چھوڑا جا سکتا ہے، لیکن یہ ضروری ہے کہ ماں کی عمومی حالت، دردوں کی خصوصیات اور تواتر، اور جنینی قلب کے متعلق بغور مشاہدہ جاری رکھا جائے۔ اگر مریضہ نوجوان اور پرمی پیرا (اولین ولادت) ہو، تو انتظار کرنے اور نگاہ رکھنے میں، ہرگز تامل سے کام نہ لینا چاہیئے۔

آزمائشی وضع حمل۔ جب ایک مرتبہ یہ فیصلہ کر لیا جائے کہ وضع حمل کو قدرتی طور پر جاری رہنے دینا چاہیئے، تو پھر مندرجہ ذیل نکات کی طرف خیال رکھنا چاہیئے۔ اغشیہ جلد مشقوق ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں، لہذا کوئی ایسا فعل نہ کرنا چاہیئے کہ جس سے ان کے انشقاق کی تحریک ہو۔ مریضہ کو ایک کروٹ پر لٹائے رکھنا چاہیئے۔ اسکو ہر قسم کے زور لگانے اور زحق کرنے سے باز رکھنا چاہیئے، اور مناسب یہ ہے کہ حقنے نہ دیئے جائیں۔ مزید براں ویجائنل (دہبلی) امتحان کرنے میں بڑی احتیاط کرنی چاہیئے، اس سے بھی بہتر یہ ہوگا کہ براہ مستقیم معائنہ کیا جائے۔ اگر نمایاں رحمی آب لکویٹی (obliquity = ترچھاپن) موجود ہو (دیکھو صفحہ 298)، تو مریضہ کی وضع بدل کر آب لکویٹی (ترچھے پن) کی اصلاح کر دینی چاہیئے۔ چونکہ مریضہ کو ایک طویل وضع حمل درپیش ہوتا ہے، لہذا کوئی چیز جو اس کو جسمانی یا دماغی خستگی سے بچائے فروگذاشت نہیں کرنی چاہیئے (باب سی و ہفت)، غذا اور گرم مشروبات دینے چاہئیں، اور اگر تھکاوٹ کی امارات موجود ہوں تو نیند لانے کی کوشش کرنی چاہیئے (جس کے لئے اگر ضرورت ہو تو مسکنات دیئے جا سکتے ہیں)، تاکہ رحم کا فعل غیر طبعی نہ ہو جائے۔ اگر اغشیہ جلد مشقوق ہو جائیں تو شائد سر نیچے آ کر اتساع کی تکمیل کر دے، ایسی صورت میں ظاہر ہے کہ رکاوٹ زیادہ اہم نہیں ہوگی۔ لیکن اگر سر نیچے نہ آ سکے تو سروکس (عنق) کے کچل جانے کا احتمال ہے (دیکھو صفحہ 407)، اور بالخصوص اس کا

مقدمی لبِ سر کے سامنے ایک نرم متہیج ورم بنکر لٹکنے لگتا ہے۔ جب یہ حالت نمودار ہو جائے تو اُس کا علاج اُس طریق پر کرنا چاہیئے کہ جو نیچے بیان کیا گیا ہے۔ جب تک کہ مریضہ کی عمومی حالت اچھی رہے اور جنینی اصواتِ قلب غیر متاثر رہیں، تب تک کسی مداخلت کی ضرورت نہیں۔ جب کسی ناتجربہ کار شخص کو کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی اصابت دیکھنے کے لیئے بلایا جاتا ہے تو اس کا میلان یہ ہوتا ہے کہ وہ سریع ولادت ضروری خیال کرتا ہے۔ لیکن حقیقت بالکل اسکے برعکس ہوتی ہے۔ ضرورت یہ ہوتی ہے کہ قدرت کو ہر طرح کا موقع دیا جائے البتہ وضع حمل کی رفتار پر نہایت غور سے نگاہ رکھنی چاہیئے اور تاوقتیکہ واضح دلائل نہوں کوئی مداخلت نہ کرنی چاہیئے۔

جب مریضہ کو دوران وضع حمل میں پہلے پہل دیکھا گیا ہو یا جب قدرتی ولادت کی امید میں اس کے حمل کو میعاد تک قائم رہنے دیا گیا ہو، تو مندرجہ ذیل حالات میں مداخلت کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ اگر اغشیہ کے جلد مشقوق ہو جانے اور حصے کے نیچے نہ آنے کی وجہ سے اُس (فم) کا اتساع نصف سے کم ہو، تو ایک چیمپیٹر ڈی ریبز (Champetier de Ribes) کا تھیلا اندر داخل کیا جا سکتا ہے (دیکھو صفحہ 705)۔ بعض اوقات جب سروکس (عنق) تقریباً تین چوتھائی متسع ہو تو یہ دیکھا جاتا ہے کہ مقدمی لبِ سر اور پیوبک (عانی) ہڈی کے درمیان بھنس جاتا 430
ہے، اُس کی وریدوں میں خون کی واپسی میں مداخلت ہوتی ہے، اور یہ متہیج ہو جاتا ہے۔ اس تہیجی ورم کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جوں جوں وقت گذرتا ہے سروکس (عنق) کا اتساع زیادہ نہیں بلکہ کم معلوم ہوتا ہے۔ جب سروکس (عنق) کی یہ حالت پائی جائے تو کچلے ہوئے سروکس (عنق) کے مقدمی لب پر مضبوط اصبعی دباؤ ڈال کر اس سے تہیج خارج کر دینا چاہیئے، اور پھر اس لب کو تطریقی حصہ سے اوپر دھکیلنا چاہیئے۔ پرولیپس آف دی کارڈ (prolapse of the cord = سقوطِ حبل) بھی ایک داعیہ ہے کہ ڈی ریبز (de Ribes) کا تھیلا استعمال کیا جائے۔ اگر سر غیر موافق پوسٹیریر پرائٹل آب لکوٹی (posterior parietal obliquity = عقبی جداری ترچھے پن) کی حالت میں ہو (صفحہ 409)، یا اگر چہرہ یا پیشانی تطریق کر رہی ہو، تو فلیٹ پیلوس (چپٹے حوض) کے لیئے بہترین علاج اندرونی پوڈالک ورشن (podalic version = قدمی گردش) ہے، اور یہ بیان اس صورت پر بھی صادق

آتا ہے جب کہ سر برم (ڈگر) سے اوپر تیرتا ہو اور فارسیپز (کلّاب) ممنوع ہو (دیکھو صفحہ 633 اور 638) اس کا بدل یہ ہے کہ لوئر سیگمنٹ سیسرین سکشن (زیریں قطعہ کا شگاف قیصری) کیا جائے بشرطیکہ حالات اس کے موافق ہوں۔ اگر سر ناقص وضع میں نہ ہو اور مرتبط شدہ ہو تو مولڈنگ (انصیاغ) کے لئے کچھ مہلت دینی چاہیئے اور نیز قدرتی طاقتوں کو مہلت دینی چاہیئے کہ وہ ہو سکے تو سر کو برم (ڈگر) میں سے دھکیلیں۔ لیکن اگر ماں میں تھکاوٹ یا خستگی کی امارات یا جنینی تکلیف زدگی کی امارات پائی جائیں، یا اخراجی قوتوں کا فشل ہو جانے کے متعلق انتباہ ہو (باب سی و شش) تو ایکسز ٹریکشن فارسپز (axis-traction forceps = محوری جرّی کلّاب) کے ذریعہ ولادت کرانے کی کوشش کرنی چاہیئے۔ ہائی فارسپز اپریشن (high forceps operation = بلند کلّابی عملیہ) ہمیشہ پُرخطر ہوتا ہے، اور ولادت کی طویل کوشش کرنا قابل مذمت ہے۔ صفحہ 646 پر جو احتیاطات مذکور ہیں ان کو ملحوظ رکھنا چاہیئے، اور اس سے زیادہ زور کہ جتنا بازوؤں کے ذریعہ لگایا جا سکتا ہے ہرگز نہیں لگانا چاہیئے، اور اگر آدھ گھنٹہ کے اندر سر کو باہر نہ نکالا جا سکے تو مزید کوششیں ترک کر دینی چاہئیں۔ ہائی فارسپز اپریشن (بلند کلابی عملیہ) کا اقدام کرنے سے قبل یہ ضروری ہے کہ ایک لوئر سیگمنٹ سیسرین سکشن (زیریں قطعہ کا شگاف قیصری) انجام دینے کے سوال پر احتیاط سے غور کیا جائے۔

اگر اوور ڈسٹینڈڈ یوٹرس (خراشیدہ رحم) کی کوئی امارت ہو، تو یہ اس امر کی دلیل ہے کہ ولادت کی کوششیں ترک کر دینی چاہئیں اور وہ علاج جس کا صفحہ 440 پر مشورہ دیا گیا ہے اختیار کرنا چاہیئے۔ بالفاظ دیگر اگر رحمی قوتوں کے فشل کا آغاز، رحمی خستگی پیدا ہونے کا امکان ظاہر کرے (دیکھو صفحہ 436)، یا اگر تند اور مسلسل رحمی فعل کے باوجود تقدم نہ ہونا، تنشی کانٹریکشن (انقباض) کے وقوع کی خبر دے (دیکھو صفحہ 437)، تو ولادت میں امداد دینے کی ضرورت ہے۔ اگر ایکسز ٹریکشن فارسپز (محوری جرّی کلّاب) ولادت کرانے میں ناکام رہے، تو ورشن (اگردش) انجام دینے سے کچھ فائدہ حاصل نہ ہوگا، بجز اس صورت کے کہ ایک ناقص الوضع سر کو فارسپز (کلّاب) لگانے کی غلطی کی گئی ہو۔ اگر مریضہ پرمی پیرا (اولین ولادت) ہو تو واحد چارہ کار پر فوریشن

(perforation = انثقاب) ہے۔ زمانہ ماضی میں جب مریضہ ملٹی پیرا (کثیر الولادت) ہوتی تھی تو پیو بیاٹومی (pubiotomy = قطع العانہ) کی جاتی تھی (دیکھو صفحہ 692) لیکن اب یورپ کے چند مطبّوں کو چھوڑ کر باقی ہر جگہ اس کا استعمال ترک کر دیا گیا ہے۔ جوں ہی کہ جنین کی موت کا صاف صاف ثبوت ملتا ہے، اس وقت واحد چیز جو کہ کیجا سکتی ہے وہ کرینیاٹومی (craniotomy = جمجمہ شگافی) ہے (دیکھو صفحہ 675)۔ یہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ دشوار فارسپز (کلالی) عملیہ کے بعد مردہ بچہ کی ولادت ہونا نہ صرف ایک
ناکامی ہی ہے بلکہ ایک بہت بڑی قبالتی مصیبت ہے۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ مشکلات کا 431
نہ تو صحیح اندازہ کیا گیا ہے نہ ان کو کامیابی کے ساتھ رفع کیا گیا ہے اور یہ کہ ماں کو بے فائدہ یوٹرائن رپچر (رحمی انشقاق) اور نرم حصوں کی لیسریشن (دریدگی) کے غیر ضروری خطرہ میں ڈالا گیا ہے۔

عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض)۔ اگر پیلوس (حوض) عمومی طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) ہو، فلیٹ (چپٹا) نہ ہو تو تمام حسابات میں کانجوگیٹ (مزدوج) میں سے ایک زائد انچ منہا کر دینا چاہیئے لیکن اس کے علاوہ چند اور بھی نکات کا فرق ہے۔ عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) میں اغشیہ کے مشقوق ہونے اور کارڈ (حبل) کے پرولیپس (سقوط) ہونے کا خطرہ کمتر ہوتا ہے، لیکن سروکس (عنق) کے کھل جانے کا خطرہ زیادہ ہوتا ہے۔ ورشن (گردش) ممنوع ہے اور اس سے کچھ فائدہ حاصل نہیں ہوتا۔ یہ ایک قدیم مقولہ ہے کہ خفیف درجہ کے کانٹریکشن (انقباض) کی مثالوں میں انذار اس سے خراب تر ہوتا ہے کہ جتنا شدید تر درجہ کے کانٹریکشن (انقباض) میں ہوتا ہے۔ اس ظاہری پیراڈاکس (paradox = تناقض) کی وجہ یہ ہے کہ خفیف درجہ کے کانٹریکشن (انقباض) میں ایسے علامات یا امارات مفقود ہوتے ہیں جو توجہ کو اپنی طرف کھینچیں۔ اگر نمایاں درجہ کا کانٹریکشن (انقباض) ہو تو سر کو برم (ٹکر) پر تاخیر ہوگی، لیکن ادنیٰ درجہ کے کانٹریکشن (انقباضات) میں [اس عنوان کے تحت کانٹریکشن (انقباض) کی اکثر مثالیں آتی ہیں] جب تک کہ سر پیلوک کیویٹی (pelvic cavity = کہفہ حوض) میں امپیکٹڈ (مغروز) نہیں ہو جاتا کسی خرابی کی موجودگی کا شک ہی نہیں گزرتا۔ البتہ جب سر مغروز

ہو جاتا ہے تو حالت کی نزاکت جلد ہی ظاہر ہو جاتی ہے۔ ولوا (فرج) متہیج ہو جاتی ہے، ماں کی عمومی حالت بسرعت روی ہوتی جاتی ہے، اور فوری ولادت کی ضرورت نظر آتی ہے۔ تاخیر، یا فارسیپز (کلّاب) کے ذریعہ ولادت کی طویل اور غالباً بے فائدہ کوشش کرتے رہنا سلفنگ (اغشاشت)، فسٹولی (ناسوروں) کی تکوین، اور بچہ کی موت پر منتج ہوتا ہے۔

اگر زور دار دردوں کے باوجود تاخیر واقع ہو تو یہ ضروری ہے کہ اہم ہیکیشن (انغراز) واقع ہونے سے قبل بغور تحقیقات کی جائے، کیونکہ اہم ہیکیشن (انغراز) کے بعد سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) ناممکن ہوتا ہے۔ اگر یہ تحقیقات نہ کی جا سکی ہو تو ایکسٹریکشن فارسیپز (محوری جرّی کلاب) کے ذریعہ ولادت کرانے کی کوشش کامیاب ہو سکتی ہے، تاہم اگر ایکسٹریکشن فارسیپز (محوری جرّی کلاب) کے ذریعہ تقدم نہ ہو تو اس پر اڑے نہیں رہنا چاہیئے۔ اس کے بعد واحد چارہ کار پر فوریشن (انثقاب) ہوتا ہے۔ بعد کے وضع الحملوں کے لئے یہ مشورہ دینا چاہیئے کہ پری میچور (قبل از میعاد) وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) میعاد پر یا سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) کرا دیا جائے۔

متوسط درجہ کے کانٹریکشن (انقباض) کی مثالیں۔ چھوٹے اور چپٹے، یا چھوٹے اور عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی ان تمام مثالوں میں جنمیں ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزووج) ۲½ اور ۳¼ انچ کے درمیان ہو، میعاد پر زندہ بچہ کی ولادت ناممکن ہے۔ اگر بچہ زندہ ہو اور مریضہ سرایت زدہ نہ ہو، تو سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) انجام دینا چاہیئے (دیکھو صفحہ 660)۔ اگر بچہ مردہ ہو تو کرینیاٹومی (جمجمہ شگافی) کے ذریعہ ولادت اور سیفالوٹریپسی (cephalotripsy = فدغ الراس) یا کرینیوکلاسم (cranioclasm = جمجمہ شکنی) کے ذریعہ ایکسٹریکشن (تخریج) انجام دی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 681)۔ اگر بچہ زندہ ہو اور سرایت زدگی کا شک کرنے کی وجہ پائی جائے، تو نوجوان عورت میں کرینیاٹومی (جمجمہ شگافی) کرنی چاہیئے، لیکن اگر زچہ اتنی عمر تک پہنچ چکی ہو کہ مزید حمل ہونا خلاف قیاس ہو تو سیسرین ہسٹریکٹومی (Cæserian hysterectomy = قیصری رحم برآری) ایک زندہ بچہ جننے کا موقعہ پیدا کرتی ہے اور اس سے عفونتی پری ٹونائٹس (peritonitis = التہاب باریطونی) کا خطرہ پیدا نہیں ہوتا۔

انتہائی کانٹریکشن (انقباض) کی مثالیں۔ انتہائی درجہ کے کانٹریکشنز (انقباضات) میں جب کہ ۲ تا $\frac{1}{4}$ ۲ انچ یا اس سے کم کانجوگیٹ (مزدوج) ہو، ولادت کا واحد طریقہ سیسیرین سیکشن (شگاف قیصری) ہے لیکن امکانی ہدایت زدگی کی صورتوں میں اس کے بعد ہسٹریکٹومی (رحم برآری) بھی کرنی چاہیے۔

432

باب سی و ہفت

اخراجی قوتوں کی غیر طبعی حالتیں

طبعی طور پر جنین کی ولادت، رحم کے لے دار کانٹریکشنز (انقباضات) کے ذریعہ ہوتی ہے، اور وضع حمل کے اختتام کے قریب شکمی عضلات کا فعل ان کو مدد دیتا ہے۔ رحم کے کانٹریکشنز (انقباضات) ممکن ہے طبعی طاقت کے ہوں یا ضرورت سے زیادہ زوردار، یا کمزور یا غیر مستقل ہوں۔

پریسپی ٹیٹ لیبر (PRECIPITATE LABOUR = وضع حمل معجّل) اور رحمی فعل کی زیادتی

جب درد حد سے زیادہ زوردار ہوں اور ایک دوسرے کے بعد جلد جلد پیدا ہوں، اور پیلوک فلور (حوضی فرش) کی مزاحمت خفیف ہو، تو وضع حمل چند ہی منٹ میں ختم ہو جا سکتا ہے، یہ صورت پریسپی ٹیٹ لیبر (وضع حمل معجل) کے نام سے موسوم ہے۔ پریسپی ٹیٹ لیبر (وضع حمل معجل) علی العموم ملٹی پیرس (کثیر الولادت) عورتوں میں ہوتا ہے، اور اگر یہ پرمی پیری (اولین لولادت زچاؤں) میں واقع ہو تو غالباً وضع حمل کا بظاہر آغاز ہونے سے قبل سروکس (عنق) کا کسیقدر بے درد اتساع ہو چکا ہوتا ہے۔

پریسپی ٹیٹ لیبر (وضع حمل معجل) کا نتیجہ ماں اور بچہ دونوں کے حق میں تشویشناک ثابت ہوسکتا ہے۔ چنانچہ ماں میں خطرناک ہبوط دیکھا گیا ہے اور بعض اوقات۔ شدید اخراجی مشقت کے بعد سرجیکل ایمفائسیما (surgical emphysema = جراحتی نفاخ) ہوجاتا ہے۔ ماں کے لئے سب سے بڑا خطرہ، نرم حصوں کا چاک ہوجاتا ہے، اور یہ خطرہ مزاحمت کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ اگر مزاحمت طبعی ہو، جیسا کہ ایک پرمی پیرا (اولین ولادت زچہ) میں ہوتا ہے، تو جنین کے سریع اخراج سے سروکس (عنق) کی لیسریشن (دریدگی) ہوجاتی ہے، اور پرینیم (عجان) کا چاک پیدا ہوجاتا ہے جس سے ریکٹم (rectum = معاء مستقیم) بھی متاثر ہوتی ہے۔ اس کے برعکس اگر نرم حصے مرتخی ہوں جیسا کہ ملٹی پیرا (کثیرالولادت زچہ) میں ہوتا ہے، تو کوئی چاک تو پیدا نہیں ہوتا، لیکن یہ ممکن ہے کہ بچہ، ماں کے لیٹنے سے قبل ہی پیدا ہوجائے، اس سے بچہ کو نقصان پہنچتا ہے اور اس کے سر کو تضررات لگ جاتے ہیں، بعض مثالوں میں امبلائیکل کارڈ (حبل سری) بیچ میں سے ٹوٹ گئی ہے، جس سے مہلک نزف ہوا ہے۔ جب پیلوس (حوض) کی برم (لگر) پر کچھ کانٹریکشن (انقباض) موجود ہو اور رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) کی طاقت مفرط ہو، تو سر کو ڈھلنے کی مہلت نہیں ملتی، اور اگر پیلوک کانٹریکشن (حوضی انقباض) زیادہ نہ ہو، تو رحم، سر کو رکاوٹ سے آگے دھکیل دیتا ہے اور بہت سی مثالوں میں جمجمہ کا کسر واقع کر دیتا ہے۔ اگر یہ رکاوٹ ناقابل ازالہ ہو، تو آب سٹرکٹڈ (obstructed = مسدود) وضع حمل کی امارات جلد پیدا ہوں گی اور رحم کے رپچر (rupture = انشقاق) کا تشویشناک خطرہ پیدا ہوجائے گا۔

علاج 433

اگر نگرانکار موجود ہو، تو بذریعہ کلوروفارم (chloroform) دردوں کو قابو میں لانا چاہیئے۔ وضع حمل کے تیسرے درجہ کو احتیاط کے ساتھ انجام دینا چاہیئے، اور پلیسنٹا (مشیمہ) کے اخراج کے بعد جنیٹل قنال (genital canal = تناسلی قنال) کا لیسریشنز

(دریدگیوں) کے لئے بغور امتحان کرنا چاہیئے۔

اغشیہ کا قبل از وقت انشقاق

دوران حمل میں۔ بعض اوقات اغشیہ، وضع حمل کے شروع ہونے سے قبل ہی پھٹ جاتے ہیں۔ یہ قبل از وقت انشقاق خود بخود واقع ہو سکتا ہے، یا سقطہ، ضرب اور شاذ مثالوں میں کوئی طاقتور جذبہ اس کا سبب ہوتا ہے۔ اغشیہ کو وضع حمل کے آغاز سے قبل مصنوعی طور پر بھی مشقوق کیا جا سکتا ہے چنانچہ یہ ایکلیمپسیا (انشناج) اور ہائیڈرامینیاس (کثرت رحل) کا ایک طریقۂ علاج ہے۔ مصنوعی طور پر انشقاق کرنے کے بعد یہ ضرور نہیں کہ وضع حمل فی الفور ہی شروع ہو جائے۔ حقیقت تو یہ ہے کہ وضع حمل میں ایک ہفتہ کی بلکہ زیادہ تاخیر ہو جاتی ہے۔

بعض شاذ مثالوں میں اغشیہ بہت بلندی پر سے پھٹتے ہیں اور اس سے لائکر ایمینائی (رحل) کی ایک خاص مقدار نکل جاتی ہے، تاہم بعد میں ایک اغشیہ کا تھیلا پایا جاتا ہے۔ ایسی مثالوں میں ایک نام نہاد کو اڑی دار انشقاق پایا جاتا ہے، اور ان میں جیسے ہی سر نیچے آتا ہے مذکورہ سوراخ دب کر بند ہو جاتا ہے، اور اس طرح اغشیۂ اتساع کی تکمیل کرنے کے قابل ہو جاتے ہیں۔

مذکورہ بالا حالت کو جن حالتوں سے تمیز کرنے کی ضرورت ہے وہ یہ ہیں:۔
پیشاب کا لیکیج (leakage = ٹپکاؤ) اور اغشیہ کے ایک دوہرے تھیلے، یعنی کوریو امنیاٹک (chorio-amniotic = سلوی انفسی) فضا میں سے سیال کا خارج ہونا۔

علاج

اگر سر برم (دگر) سے اوپر ہو تو زچہ کو بستر پر لٹائے رکھنا چاہیئے اور ایک مضبوط شکم بند لگا دینا چاہیئے، تاکہ حتی الامکان کم لائکر ایمینیائی (رحل) ضائع ہو جنینی قلبی ضربات شمار کرنی چاہئیں، اور روزانہ زچہ کا درجۂ تپش معلوم کرنا چاہیئے۔

اگر وضع حمل چند دن کے عرصہ میں شروع نہ ہو یا اگر جنینی قلب کی رفتار میں بلحاظ تواتر کے اضافہ یا تخفیف ہو جائے یا درجۂ تپش میں کوئی اضافہ ہو تو وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) کر دینا چاہیئے۔ اس کے انجام دینے کا سب سے سہولت وہ طریقہ یہ ہے کہ سروکس (عنق) کو اس حد تک تسع کر دیا جائے کہ اس میں ایک چمپٹیرڈی ربیز کا تھیلا (Champetier de Ribes's bag) داخل کیا جا سکے۔ یہ تھیلا سروکس (عنق) کے ایک آبی سکونی موسع کا کام دیتا ہے اور یقینی طور پر اور عجلت کے ساتھ وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) کر لینے کا ایک موثر ذریعہ ہے۔

وضع حمل کے دوران میں۔ اغشیہ کا جلد مشقوق ہو جانا ایک اہم واقعہ ہے، نہ صرف اس امر کی وجہ سے کہ وضع حمل اطالت پذیر اور پہلا مرحلہ اکتا دینے والا ثابت ہوتا ہے، بلکہ اس وجہ سے بھی کہ یہ حادثہ بسا اوقات کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) یا غیر طبعی پریزنٹیشن (تقطریق) کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ لہٰذا اس امر کو ہمیشہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے اور محتاط امتحان کے ذریعہ یہ دیکھنا چاہیئے کہ آیا پیلوس (حوض) طبعی اور پریزنٹیشن (تقطریق) سازگار ہے یا نہیں۔ 434

پانی کے موسع تھیلے کے فقدان کی وجہ سے وضع حمل اطالت پذیر ہو جاتا ہے، ایسا صرف ان صورتوں میں نہیں ہوتا جن میں انشقاق بلندی پر سے واقع ہوا ہو، اور ابھی پریزنٹنگ (تقطریقی) حصہ کے سامنے کچھ لائکر امینیائی (رطل) موجود ہو۔ ممکن ہے امینیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) مرض زا عضویات سے سرایت زدہ ہو جائے، جو کہ امتحان پر یا خود ویجائنا (مہبل) سے داخل ہو جاتے ہیں۔ بچہ کے لئے یہ خطرہ ہوتا ہے کہ رحمی مشمولات کی تخفیف ہونے پر رحمی عضلہ کی جو باز کشیدگی واقع ہوتی ہے وہ پلیسنٹا (مشیمہ) کی مادری دموی رسد کو روک دیتی ہے۔ ہائڈرامینیاس (کثرت رطل) اور کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی صورت میں امبلائکل کارڈ (حبل سری) ممکن ہے ساقط ہو جائے۔

رحمی انرشیا (INERTIA=جمود)

رحمی انرشیا (جمود) وہ حالت ہے جس میں جوں جوں وضع حمل ترقی کرتا ہے

رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) متزائد طاقت اور قلیل تر وقفوں سے واقع نہیں ہوتے جیسے کہ وہ طبعی طور پر واقع ہوتے ہیں۔ چنانچہ آس (فم) کا اتساع اور جنین کا تقدم بہت آہستہ ہوتا ہے۔ انرشیا (جمود) ممکن ہے وضع حمل کے آغاز سے موجود ہو اس صورت میں یہ سست رحم پر دلالت کرتا ہے آخر الذکر وضع حمل کو اطالت پذیر کر دینے کا رجحان رکھتا ہے تاہم زچہ یا جنین پر کوئی برا اثر نہیں ڈالتا۔

انرشیا (جمود)، یا بالفاظ صحیح تر رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) کے کلی فقدان کی حالت بعض اوقات وضع حمل کے آخر میں رونما ہوتی ہے اور اس سے زیادہ بڑی مزاحمتوں کے ہمراہ پائی جاتی ہے کہ جو طبعی طور پر ملتی ہیں، یا کمزور رحمی عضلہ کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ اس وقت یہ رحمی خستگی کا نتیجہ ہوتی ہے اور اس کا تذکرہ اسی حیثیت سے کیا جائے گا۔

یہ ایک عام دستور رہا ہے کہ انرشیا (جمود) کو "اولی" اور "ثانوی" کے عنوانات کے تحت بیان کیا جائے، جس سے مترشح ہوتا ہے کہ ایک قسم دوسری پر منحصر ہوتی ہے۔ لیکن نظریہ اور مزاولت دونوں میں اس طریقہ سے ایک غلط مبحث پیدا ہونے کا امکان ہے، لہذا یہاں "اولی جمود" کے بجائے "سست رحم" کی اصطلاح استعمال کی جائے گی، اور "ثانوی جمود" کی بجائے "خستہ رحم" کا لفظ، جو کہ اپنی تشریح آپ ہے، استعمال کیا جائے گا۔

سست رحم

رحم کی سستی وہ حالت ہے جس میں اخراجی قوتیں شروع ہی سے بے اثر ہوتی ہیں، لیکن یہ ضرور نہیں کہ جنین کی جسامت میں اور پیلوس (حوض) کی جسامت میں کوئی عدم تناسب موجود ہو۔ وضع حمل کا پورا امر اطالت پذیر ہو جاتا ہے، لیکن اگر اغشیہ غیر مشقوق ہوں اور زچہ اچھی حالت میں ہو، تو اس تاخیر کو، خواہ یہ کتنی ہی اکتا دینے والی ثابت ہو، ناتسلی بخش نہ خیال کرنا چاہیئے، کیونکہ مناسب علاج سے وضع حمل کا موافق طور پر خاتمہ ہونے کی توقع ہے۔

435

سبب

یہ حالت ملٹی پیرا (کثیر الولادت زچاؤں) کی بہ نسبت پرمی پیرا (اولین ولادت زچاؤں) میں زیادہ کثرت کے ساتھ پائی جاتی ہے، اور وضع حمل کی پیچیدگیوں مثلاً ہائیڈرامنیاس (کثرت رحل)، ملٹی پرگنینسی (عدید حمل)، انٹی پارٹم ہیمریج (قبل الولادتی نزف) کسی میلپریزنٹیشن (ناقص تطرنق)، اغشیہ کے قبل از وقت انشقاق، سروکس (عنق) کی استواری، مثانہ اور معاء مستقیم کے پُر ہونے، اور منضم اغشیہ کے ہمراہ بھی پائی جاتی ہے۔

علاج

وضع حمل کا پہلا مرحلہ۔ وضع حمل کے مرحلۂ اول میں فاعلانہ علاج کی ضرورت بہت کم پیش آتی ہے، اور باوجودیکہ یہ مرحلہ نہایت اطالت پذیر ہوتا ہے زچہ کو صرف اس امر کی تکلیف ہوتی ہے کہ اس کو آرام حاصل نہیں ہوتا۔ جب تک اغشیہ غیر مشقوق ہیں بچہ متضرر نہیں ہوگا۔ رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) کی تہییج کے لئے مختلف تدابیر اختیار کی جاسکتی ہیں۔ مثانہ اور مستقیم کو خالی کردینا چاہئے، کیونکہ اگر یہ پُر ہوں تو بسا اوقات وضع حمل میں تاخیر واقع کرتے ہیں۔ نگرانکار مریضہ کی اس طرح مدد کرتا ہے کہ وہ اس کو امید دلا دلا کر اس کی ہمت افزائی کرتا رہتا ہے، نیز آسانی سے متمثل ہونے والی غذا کے ذریعہ مریضہ کی قوت برقرار رکھی جاتی ہے۔ گرم غسل اور لائیسال (lysol) کے کمزور محلول کا گرم ویجائنل ڈوش (مہبلی نطول) بعض اوقات تسلی بخش نتائج پیدا کردیتا ہے۔ وضع حمل کے اس مرحلہ میں ارگٹ (ergot) نہیں دینا چاہئے۔ اُن مثالوں میں جن میں اغشیہ انٹرنل آس (اندرونی فم) کے آس پاس منضم ہوں، دستانہ پوش انگشتِ شہادت کو اغشیہ اور رحمی دیوار کے درمیان پھرا کر اغشیہ کو جدا کر دینا چاہئے۔ اگر یہ تدابیر ناکام ثابت ہوں اور زچہ تھکی جارہی ہو تو ۲۰ تا ۳۰ گرین کلورل (chloral) دینا چاہئے۔ اگر اس سے بھی نیند نہ آئے تو مارفیا (morphia) کی ایک پوری خوراک

دینی چاہیئے جس سے اکثر ایسا ہوتا ہے کہ چند گھنٹہ کی نیند کے بعد درد زیادہ زوردار ہوجاتے ہیں۔ اُن شاذ مثالوں میں جن میں اغشیہ جلد مشقوق ہو گئے ہوں، آس (فم) چھوٹا اور استوار ہو، اور لائگرا ایمنیائی (رطل) بہتا چلا جارہا ہو، چمپیٹر ڈی ریبز Champetier de Ribes) کے تھیلے یا کسی دیگر آبی سکونی موسع کے ذریعہ اتساع انجام دیا جا سکتا ہے۔ اس علاج کی ضرورت خاص طور پر ایک معمر پرمی گر یویڈا (اولین حاملہ) کی صورت میں ہوگی۔

وضع حمل کا دوسرا اور تیسرا مرحلہ۔ اگر وضع حمل کا دوسرا مرحلہ دو گھنٹے سے قائم ہو اور زچہ کو قدرتی طور پر ولادت ہو جانے کا کوئی فوری امکان معلوم نہ ہوتا ہو، تو ۲ یونٹ پشوٹری ایکسٹریکٹ (pituitary extract = خلاصۂ نخامیہ) اور بشرط ضرورت ۲۰ منٹ بعد ایک اور خوراک دینا چاہیئے لیکن یہ ضروری ہے کہ کوئی امر اس کے مانع نہ ہو (دیکھو باب پنجاہ و یک)۔ اگر پھر بھی دردوں کے زور اور تواتر میں کوئی اضافہ نہ ہو، تو رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) کو مزید تقویت پہنچانے، وضع حمل کی تکمیل کرنے اور رحمی خستگی روکنے کے لئے فارسپز (کلاب) لگانا چاہیئے۔ وضع حمل کا تیسرا مرحلہ بالعموم اطالت پذیر ہو جاتا ہے، لیکن چونکہ بازکشیدگی موجود ہوتی ہے لہذا پوسٹ پارٹم ہیمرتج (بعد الولادتی نزف) کا کوئی غیر معمولی رجحان نہیں ہوتا۔

436

خستہ رحم

رحمی خستگی، سستیِ رحم سے ایک بالکل جداگانہ حالت ہے، شروع میں طبعی کانٹریکشنز (انقباضات) موجود ہوتے ہیں، لیکن درد کمزور تر اور وقفے طویل تر ہوتے جاتے ہیں، اور آخر کار درد تمام تر غائب ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اس حالت میں اگر زچہ کو ولادت کرانے کی کوشش کی جائے تو ممکن ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے جدا ہونے پر تباہی خیز ہیمرج (نزف) واقع ہو، کیونکہ رحم میں کانٹریکشن (انقباض) کے علاوہ بازکشیدگی کی قوت بھی کلیتہً مفقود ہوتی ہے۔

سبب

یہ ایک شاذ حالت ہے اور زیادہ تر ملٹی پیری (کثیر الولادت زچاؤں) میں پائی جاتی ہے۔ بالعموم وضع حمل معمولی طریق پر باقاعدہ اور عمدہ کانٹریکشنز (انقباضات) کے ساتھ شروع ہوتا ہے، اور پھر چونکہ رحمی عضلہ کی تعصیب بہت کم یا غیر موثر ہوتی ہے یا طبعی سے زیادہ بڑی مزاحمتوں کا سامنا ہوتا ہے لہذا رحمی عضلہ کام کرنا بند کر دیتا ہے اور وضع حمل بالکل موقوف ہو جاتا ہے۔ رحمی خستگی کی یہ حالت، شدید انٹی پارٹم ہیمرج (قبل الولادتی نزف) اور رحم کے بیش تمدد کی وجہ سے بھی رونما ہو سکتی ہے۔

علاج

اس امر پر جتنا بھی زور دیا جائے کم ہے کہ رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) کی عدم موجودگی میں ولادت انجام دینا تباہی خیز نتائج رکھتا ہے۔ کل اصول علاج کا مقصد ہی یہ ہے کہ کانٹریکشنز (انقباضات) کو دوبارہ جاری کرنے کے لئے نیند اور غذا سے زچہ کی طاقت کو بحال کیا جائے۔ جب رحم دوبارہ فعل کرنا شروع کرے، اور صرف اس وقت، فارسپز (کلاب) کے ذریعہ سلامتی کے ساتھ ولادت انجام دی جا سکتی ہے۔

اگر رحمی خستگی کا خطرہ وضع حمل کے مرحلہ اول میں پایا جائے تو مریضہ کا علاج کرنے کا صحیح طریقہ یہ ہے کہ اس کی نیند قابل اطمینان کی جائے۔ سب سے یقینی مسکن افیون ہے۔ ۲۰ منم ٹنکچر آف اوپیم (tincture of opium) دینا چاہیئے اور اگر مریضہ کو آدھ گھنٹہ تک نیند نہ آئے تو اس کو مکرر دینا چاہیئے۔

اگر رحمی خستگی مرحلہ دوم میں موجود ہو تو بھی یہی علاج ہوگا کیونکہ رحم کی عصبی توانائی خرچ ہوتی رہتی ہے، اور اگر بچہ کو دنیا میں فارسپز (کلاب) کے ذریعہ گھسیٹ کر لایا جائے گا تو اس سے پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) ہوگا۔

وضع حمل کے تیسرے مرحلہ میں انرشیا (جمود) کا علاج پوسٹ پارٹم ہیمرج

(بعد الولادتی نزف) کی فصل میں بیان کیا جائے گا۔

کالکی یوٹرس (COLICKY UTERUS = قولنجی رحم)

غیر طبعی رحمی فعل کی ایک اور قسم بھی ہے جس پر "سُست" کا لفظ عائد نہیں ہو سکتا۔ اس میں کانٹریکشنز (انقباضات) باقاعدگی کے ساتھ ہوتے ہیں، لیکن سوائے سخت تکلیف کے ان کا کچھ نتیجہ نہیں ہوتا اور وہ آس (فم) کا اتساع نہیں کرتے۔ اس قسم کو بیان
437 کرنے کے لئے "کالکی یوٹرس (قولنجی رحم)" کا لفظ استعمال کیا جاتا ہے۔ $\frac{1}{150}$ گرین سکاپل ایمائن (scopolamine)، $\frac{1}{4}$ گرین مارفیا کے ہمراہ استعمال کرانے سے بسا اوقات اس حالت کو تسکین ہو جاتی ہے، اور باقاعدہ اور زور دار کانٹریکشنز (انقباضات) پیدا ہوتے ہیں جو آس (فم) کو تقریباً بلا درد متسع کر دیتے ہیں۔ طبی نگرانکار کے لئے یہ امر قرین مصلحت ہوگا کہ سکاپل ایمائن اور مارفیا استعمال کرانے کے بعد وہ گھر ہی میں انتظار کرے یا کہیں پاس ہی موجود رہے، کیونکہ بعض اوقات وضع حمل کا عجلت کے ساتھ اور غیر متوقع طور پر خاتمہ ہو جاتا ہے۔

سروکس (عنق) کی تشنجی استواری

اندرونی اور بیرونی آس (فم) کے خطہ میں، رحمی عضلہ کے مدوّر ریشے قوی طور پر نمو یافتہ ہوتے ہیں، اور عضلات عاصرہ کی شکل اختیار کرتے ہیں۔ جب وضع حمل شروع ہو تو ان ریشوں کو مرتخی ہو جانا چاہیئے، لیکن واقعات کی ایک خاص تعداد میں یہ تشنج کی حالت میں رہتے ہیں اور آب سٹرکشن (تسدّد) کا موجب ہوتے ہیں۔ یہ حالت زیادہ تر معمر پرمی پیرائی (اولین ولادت زچاؤں) میں پائی جاتی ہے۔ اس کا ابتدائی سبب، ممکن ہے رحم کی سستی، کوئی معکوس اختلال، اغشیہ کا قبل از وقت انشقاق، یا اغشیہ کا مرضی انضمام جو پانی کے تھیلے کی تکوین میں مانع ہو، یا میلپریزنٹیشن (تطریق ناقص)، یا زچہ کی درد کے لئے حساسیت؛ یا ارگٹ (ergot) کا خلاف مصلحت استعمال ہو۔ آس (فم) بالعموم نہایت ہی پتلا اور

مزاحم پایا جاتا ہے۔

اس حالت کی ایک اور سریری قسم ہے جس کو سروکس (عنق) کی ظاہرا التواری کے نام سے موسوم کیا جاسکتا ہے، اس میں شروع میں درد قوی اور باقاعدہ ہوتے ہیں، لیکن آس (فم) بالعموم نصف کرون (crown) کی جسامت کے قریب رہتا ہے اور اس سے آگے متسع نہیں ہوتا۔ بالعموم آس (فم) سیکرم (عجز) کے نشیب میں بہت پیچھے واقع ہوتا ہے، اور اغشیہ یا پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیرین رحمی قطعہ) کے مقدمی حصہ پر دباؤ ڈالے ہوتا ہے۔ تاہم اگر کسی درد کے دوران میں آس (فم) کے اندر انگلی بطور خطاف کے ڈالی جائے اور سروکس (عنق) کو کھینچکر سامنے لایا جائے، تو آس (فم) کا اتساع طبعی طور پر جاری ہو جاتا ہے۔

علاج

علاج سبب کی نوعیت پر منحصر ہے۔ اگر درد کمزور ہوں، تو مثانہ اور آنت کو خالی کرکے، کثیر المقدار گرم ویجائنل ڈوشوں (vaginal douches = مہبلی نطولوں) کے ذریعہ یا گرم غسل کے ذریعہ ان کی تہییج کی جاسکتی ہے۔ اگر درد نہایت مشکل سے برداشت ہوں، تو پھر افیون، مارفیا (morphia) کلوروفارم، یا کلورل ہائڈریٹ کے استعمال سے تشنج کو زائل کیا جاسکتا ہے۔ اگر اغشیہ منضم ہوں تو ان کو جدا کیا جاسکتا ہے، اور اگر یہ مشقوق ہوں تو آس (فم) کو ہاتھ سے یا چمپیٹر ڈی ریبز (Champetier de Ribes) کے تھیلے کے ذریعہ کشادہ کیا جاسکتا ہے۔ ایمائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کی آزمائش کی جاسکتی ہے اور بعض اوقات یہ جادو کی طرح اثر کرتا ہے۔

رحم کا تنشی کانٹریکشن (انقباض)

تعریف۔ تنشی کانٹریکشن (انقباض)، رحم کی ایک شاذ حالت ہے جو کہ بچہ کی ولادت میں کسی ناقابل ارتفاع رکاوٹ کی وجہ سے معرض ظہور میں آتی ہے۔ اس کا آغاز

438 آہستہ اور غیر معلوم طور پر ہوتا ہے اور اس کے نمو یاب ہونے میں کئی گھنٹے لگتے ہیں۔ ترقی کن علامات اور امارات اس کے آغاز کا پتہ دیتے ہیں اور مرزاول کو تنبہ کرتے ہیں کہ شائد اس کو ایک قبالتی مصیبت سے سابقہ پڑنے والا ہے۔ اس حالت میں اپر یوٹرائن سگمنٹ (بالائی رحمی قطعہ) کا عضلہ بتدریج مقصر ہوتا جاتا ہے اور لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیریں رحمی قطعہ) اور ویجائنا (مہبل) مطول ہو جاتے اور تن جاتے ہیں۔

یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ رحم کے ہر کانٹریکشن (انقباض) کے بعد کسیقدر بازکشیدگی قائم رہتی ہے جکی وجہ سے جنین کی وہ وضع جو وہ کانٹریکشن (انقباض) سے حاصل کر چکا ہوتا ہے برقرار رہتی ہے۔ اگر یہ بازکشیدگی قائم نہ رہتی تو جنین رحم کے ہر استرخاء پر اپنی اس جگہ پر جہاں وہ کانٹریکشن (انقباض) سے قبل ہوتا ہے واپس کھسک جایا کرتا اور وضع حمل ایک غیر معین مدت تک اطالت پذیر ہو جاتا۔ طبعی وضع حمل کے دوران میں اپر یوٹرائن سگمنٹ (بالائی رحمی قطعہ) بتدریج زیادہ دبیز اور کوتاہ ہوتا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 246)۔ اگر جنین نازل ہو جائے تو اپر سگمنٹ (بالائی قطعہ) کی بازکشیدگی کے ساتھ لوئر سگمنٹ (زیریں قطعہ) نہیں تنتا۔ لیکن اگر جنین اپنی جگہ پر ٹھیرا رہے تو اس کو جگہ دینے کے لئے رحم کی کل لمبائی یکساں رہنی چاہیئے جس میں ضروری ہے کہ رحم کا زیریں حصہ اور ویجائنا (مہبل) تن جائیں۔ جیسا کہ تشنجی کانٹریکشن (انقباض) میں ہوتا ہے اگر کانٹریکشنز (انقباضات) حد سے زیادہ زوردار ہوں تو متزائد بازکشیدگی کی وجہ سے اپر یوٹرائن سیگمنٹ (رحم کا بالائی قطعہ) نہایت ہی دبیز ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی لوئر سگمنٹ (زیریں قطعہ) پتلا ہو جاتا ہے۔ یہ بازکشیدگی مرضی بازکشیدگی ہے۔ اس حالت میں ایک دبیز مضبوط اور الیم بالائی حصہ رحم ہوتا ہے کہ جس میں سے جنین کا کوئی حصہ محسوس نہیں ہو سکتا اور ایک متنیدہ، کھنچا ہوا زیریں قطعہ رحم ہوتا ہے کہ جس میں سے جنینی حصے بعض اوقات محسوس ہو سکتے ہیں۔ رحم کے بالائی بازکشیدہ حصے اور زیریں تنے ہوئے قطعہ کے خط اتصال پر شاذ و نادر ایک حید محسوس ہوتا ہے کہ جس کو ریٹریکشن رنگ (retraction ring = حلقہ بازکشیدگی) یا بینڈلز رنگ (Bandl's ring = حلقہ بینڈل) کہتے ہیں اور جو امبلائکس (ناف) کے لیول پر یا اس کے قریب واقع ہوتا ہے۔ تشنجی کانٹریکشن (انقباض) کی عام ترین قسم وہ ہے جو ایک اطالت پذیر وضع حمل کے دوسرے مرحلہ میں دیر میں واقع ہوتی ہے کہ اس میں وضع حمل کے درد طبعی طور پر شروع ہوتے ہیں لیکن کسی آبسٹرکشن (تسدد) کی وجہ سے

صورت کے کہ سر برم (گگر) سے اوپر ہو۔ کیپوٹ سکسیڈینیم (سابیا) بڑا ہوگا جس سے معلوم ہوتا ہے کہ جنین بہرحال کچھ مدت تک تو دروں رحمی دباؤ کی مقاومت کرنے کے قابل تھا۔ اگر جنینی جمجمہ کو اوپر دبایا جائے تو یہ برم (گگر) میں مثبت یا امپیکٹڈ (مغروز) معلوم ہوتا ہے، بالفاظ دیگر سر پیلوس (حوض) میں ہوتا ہے، لیکن نہ تو رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) اسے نیچے کو حرکت دے سکتے ہیں، اور نہ اسے نیچے سے اوپر کو دھکیلا جا سکتا ہے۔ اگر شانہ قطریق کر رہا ہو تو یہ امپیکٹڈ (مغروز) پایا جائے گا، بازو پرولیپسڈ (ساقط) ہوگا، اور ہاتھ دلوا (فرج) پر بروز کر رہا ہوگا۔

رحم کی خستگی کو مذکورہ بالا حالت کے ساتھ ہرگز خلط ملط نہیں کرنا چاہیئے، کیونکہ خستگی میں علامات اس سے بالکل مختلف ہوتی ہیں، درد اور کانٹریکشنز (انقباضات) مفقود ہوتے ہیں، مریضہ صرف تھکی ہوئی معلوم ہوتی ہے اور اس میں آبسٹرکٹڈ (مسدود) وضع حمل کی کوئی علامت نہیں پائی جاتی۔ جنینی قلب سنا جاتا ہے جو کہ ایک نہایت ہی اہم نکتہ ہے۔ کبھی کبھی کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمریج (concealed accidental hæmorrhage = پوشیدہ اتفاقی نزف) پر تنشی کانٹریکشن (انقباض) کا مغالطہ ہو جاتا ہے، کیونکہ اس میں بھی رحم دردناک اور سخت، اور رفتار نبض تیز ہو جاتی ہے۔ تاہم وضع حمل کے دردوں کے فقدان، سروکس (عنق) کے عدم اتساع، اور دیگر امارات سے صحیح تشخیص کا پتہ چل جائے گا۔

علاج

علاج دو عنوانات کے تحت بیان کیا جاتا ہے:—

۱۔ اس حالت کو ہونے ہی نہ دینا۔

۲۔ بلا تاخیر اور حتی الامکان سلامتی کے ساتھ ولادت انجام دینا۔

۱۔ تنشی کانٹریکشن (انقباض) کبھی ہونا ہی نہ چاہیئے کیونکہ اس کو واقع کرنے والے اسباب وضع حمل میں بہت پہلے دریافت کیے جا چکے ہوں گے، اور مناسب

یہ کانٹریکشنز (انقباضات) رحم کے مشمولات کو خارج کرنے کی کوشش میں ایک دوسرے کے بعد بڑے زور شور سے واقع ہونے لگتے ہیں۔

سبب

اس حالت کے اسباب یہ ہیں:۔

۱۔ آب سٹرکٹڈ (مسدود) وضع حمل (دیکھو صفحہ 444)۔ بالعموم آب سٹرکشن (تسدد)، رحم میں مزید کوشش کرنے کی تحریک پیدا کرتی ہے اور آخر کار اگر اس آب سٹرکشن (تسدد) رفع نہ ہو تو ایک تشنجی کانٹریکشن (انقباض) اور بیش بازکشیدگی کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

۲۔ کسی ناموزوں اصابت میں ارگٹ (ergot) یا پیشوٹری ایکسٹریکٹ (pituitary extract=خلاصہ نخامیہ) کا استعمال (دیکھو صفحہ 652)۔

علامات و امارات

سرسری نقطہ نگاہ سے تشنجی کانٹریکشن (انقباض) کا علم اس طرح ہوتا ہے کہ مریضہ کی حالت تشویشناک ہو جاتی ہے، درجہ تپش بلند اور رفتار نبض تیز یعنی ۱۲۰ یا زیادہ ہو جاتی ہے، سانس جلد جلد آتا ہے اور زبان خشک ہوتی ہے۔ چہرہ فکرمند ہوتا ہے، اور مریضہ شکم میں شدید اعتقال نما درد کی شکایت کرتی ہے، 439
اور بسا اوقات ایک ممیز بے چینی کا اظہار کرتی ہے۔ امتحان پر رحم، سخت اور الیم اور جنینی حصوں کی شکل کے مطابق ڈھلا ہوا پایا جاتا ہے۔ جنینی حصے محسوس نہیں ہوتے، اور جنینی قلبی اصوات مفقود ہوتی ہیں، کیونکہ پلیسنٹل (مشیمی) دوران خون کے بند ہو جانے کی وجہ سے جنین مردہ ہوتا ہے۔ اگر سر پیلوس (حوض) میں امپیکٹڈ (مغروز) ہو، تو جینیٹل قنال (تناسلی قنال) کی طبعی نمی مفقود ہوگی، اور ویجائنا (مہبل) اور ولوا (فرج) متہیج پائی جائے گی۔ جمجمہ کی ہڈیاں متراکب ہوں گی سوائے اس

اصول علاج اختیار کیا جاچکا ہوگا۔ مریضاؤں کی انٹی نیٹل (قبل الولادتی) نگرانی کے موجودہ اصول کے تحت، بچہ کے سر اور پیلوس (حوض) کی اضافی جسامت کا اندازہ حمل کے آخری ہفتوں میں لگایا جاچکا ہوگا اور اب دوران وضع حمل میں صرف غیر طبعی پریزنٹیشنز (تطربقات) مثلاً عرضی لائز (افتادیں) اس حالت کو پیدا کرتی ہیں۔ ان میلپریزنٹیشنز (تطربقاتِ ناقص) کو وضع حمل میں بہت جلد درست کر لینا چاہیئے قبل اس کے کہ انغراز واقع ہو۔

۲۔ اگر رحم کا تشنجی کانٹریکشن (انقباض) موجود ہو، تو جنین کی ولادت اتنی جسلد انجام دینی چاہیئے کہ جو سلامتی کے منافی نہ ہو۔ مارفیا ($\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ گرین) زیر جلدی طور پر دینا چاہیئے، اور مریضہ پر کلوروفارم کا پورا اثر پیدا کر کے قائم رکھنا چاہیئے۔ 440
یہ اس خیال سے کیا جاتا ہے کہ رحم کا ارتخاء پیدا ہو جائے، چنانچہ بالعموم یہ دیکھا جاتا ہے کہ تشنج بہت بڑی حد تک زائل ہو گیا ہے اور اب بچہ کو اکسٹریکٹ (تخریج) کرنا چاہیئے۔ چونکہ رحمی دیوار کے عروق مضغوط ہونے اور پلیسنٹا (مشیمہ) کے مادری حصہ کا دوران خون رُک جانے کی وجہ سے جنین پہلے ہی مر گیا ہوتا ہے، اسلئے علاج کے سارے اصول کا مقصد یہ ہے کہ ماں کو سلامتی کے ساتھ ولادت کرادی جائے۔ اگر پریزنٹیشن (تطربق) ورٹکس (قمی) ہو تو وہ عملیہ جو کہ کرینیا ٹومی (craniotomy= جمجمہ شگافی) (دیکھو صفحہ 675) کے نام سے مشہور ہے انجام دینا چاہیئے۔ اگر کوئی غیر طبعی پریزنٹیشن (تطربق) موجود ہو تو کوئی مناسب حال تخریبی عملیہ مثلاً ڈی کیپی ٹیشن (decapitation= قطع الراس) انجام دینا چاہیئے۔ فارسپز (کلاب) کے ذریعہ ولادت کی کوشش کر کے قیمتی وقت ضائع نہ کرنا چاہیئے۔

رحم کی مرضیاتی بیش فعالیت کی دو قسمیں اور ہیں۔ اگر بیش فعالیت میں رحم سارے کا سارا شریک ہو تو اس حالت کو "خراشیدہ رحم" یا عمومی طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) رحم کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اور اگر رحم کا صرف ایک حصہ شریک ہو تو اس حالت کو کانٹریکشن رنگ (contraction ring= حلقۂ انقباض) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

ان دونوں حالتوں کی نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ ان میں بیش باز کشید گی اور لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) کا تپلا پن مفقود ہوتا ہے، اور یہ خصوصیت ان دونوں حالتوں کو رحم کے تنشی کانٹریکشن (انقباض) سے تمیز کرنے کا کام دیتی ہے۔ دونوں حالتوں میں جنین، رحم میں فعالیت کے ساتھ محبوس رہتا ہے، کیونکہ جب تک تشنج زائل نہ ہو جنین کو ایکسٹریکٹ (تخزیج) کرنا ناممکن ہوتا ہے۔

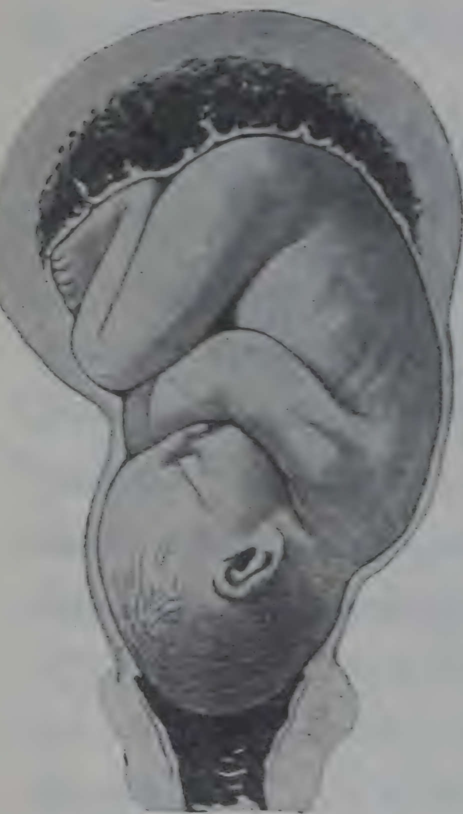
خراشیدہ رحم یا عمومی طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) رحم

رحم کے تنشی کانٹریکشن (انقباض) کی صادق اصابتیں مہذب ممالک میں نہایت ہی شاذ و نادر دیکھنے میں آتی ہیں، اور جس چیز کو عام طور پر تنشی کانٹریکشن (انقباض) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے وہ در اصل "خراشیدگی رحم" ہے جو کہ ولادت کرانے کی مکرر کوششوں سے پیدا ہوتی ہے۔ خیال کیا گیا ہے کہ رحم کا سیپسز (sepsis= عفونت زدگی) اس حالت کا سبب ہو سکتا ہے۔ یہ حالت اس امر سے پہچانی جاتی ہے کہ رحم بچہ کے مطابق ڈھلا ہوتا ہے، لیکن بالائی قطعہ رحم، بچہ کے جسم پر باز کشیدہ نہیں ہوتا اور نہ لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) ہی بہت تنیدہ ہوتا ہے۔ اگر ہاتھ کو داخل کرنے کی کوشش کی جائے تو رحم اس کو ناپسند کرتا ہے اور ہاتھ کو داخل ہوتے ہی گرفت کر لیتا ہے۔ فارسیپز (کلاّب) کے ذریعہ ولادت کرانے کی کوشش، بلکہ در اصل ہر اندرونی دست ورزی قطعاً ممنوع ہے کیونکہ اس سے رحم کے رپچر (انشقاق) کا خطرہ ہے۔ یہ حالت مارفیا (morphia) اور کلوروفارم (chloroform) کے ذریعہ علاج کرنے سے دور ہو سکتی ہے، اور تا وقتیکہ رحم دوبارہ مرتخی نہ ہو جائے اس میں ولادت کی سعی کرنا پُرخطر ہے۔ مارفیا کی پوری خوراک ($\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$) گرین دی جاتی ہے، اور کلوروفارم پورے جراحتی درجہ تک استعمال کرایا جاتا ہے۔ تیس منٹ سے لے کر ایک گھنٹہ میں معلوم ہوگا کہ اب رحم مرتخی ہے اور دروں
441 رحمی دست ورزیوں کا موقعہ ہے۔ دست ورزیوں کو ہنرمندی کے ساتھ انجام دینا

چاہئے، کیونکہ ولادت کرانے کی طویل کوششوں سے رحم دوبارہ خراش پذیر ہوجاتا ہے، اور اگران کوششوں کو جاری رکھا جائے تو رحم کے رپچر (انشقاق) کا سخت خطرہ ہے (تصویر ۱۸۴)۔



تصویر ۱۸۲۔ طبعی وضع حمل کی خاکہ نما تصویر جسمیں رحم کی متشاکل صورت دکھائی گئی ہے۔
بچہ کو رحم کہیں بھی قریبی طور پر محصور نہیں کرتا اور لائکر ایمینائی (رطل) کے لئے جگہ موجود ہے۔



تصویر ۱۸۳۔ رحم کا تنشی کانٹریکشن (انقباض)۔ رحم کا اپر سیگمنٹ (بالائی قطعہ) دبیز ہوگیا ہے، اور لوئر سیگمنٹ (زیریں قطعہ) پتلا ہوگیا ہے۔ رحم مجموعی طور پر جنین کو قریبی طور پر محصور کرتا ہے۔

کانٹریکشن رنگ (CONTRACTION RING = حلقۂ انقباض)

یا مقامی طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) رحم

کانٹریکشن رِنگ (حلقۂ انقباض) رحم کی دیوار کی ایک مقامی دبازت ہے جس کا سبب یہ ہے کہ کسی خفیف مزاحمت کے مقام پر، بسا اوقات بچہ کے خاکہ میں کسی انخفاض پر اور بعض اوقات پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ کے نیچے یا پلیسنٹا (مشیمہ) کے نیچے، مدور ریشوں کا کانٹریکشن (انقباض) واقع ہو جاتا ہے (تصویر ۱۸۵)۔

442

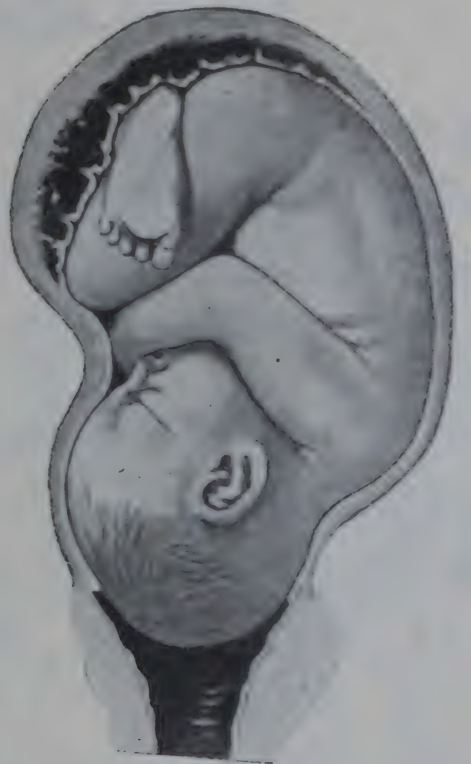
تسبیب

کانٹریکشن رنگ (حلقۂ انقباض) وضع حمل کے پہلے، دوسرے یا تیسرے درجہ میں واقع ہوتا ہے، اور یہ پرمی پیرا (اولین ولادت زچہ) اور ملٹی پیرا (کثیر الولادت زچہ) دونوں میں پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے یہ اغشیہ کے مشقوق ہونے سے قبل پایا جائے، لیکن اکثر مندرجہ واقعات، دروں رحمی دست ورزی، پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) اور اغشیہ کے قبل از وقت انشقاق کے بعد نمودار ہوئے ہیں۔ چونکہ سیزرین سکشن (شگاف قیصری) میں بھی اس وقت جب کہ یہ دوسرے وجوہات سے کیا گیا ہے، ایک حلقہ بار بار پایا گیا ہے، لہٰذا اغلب ہے کہ رحم کی بڑھی ہوئی خراش پذیری کی موجودگی ایک بنیادی سبب ہو۔

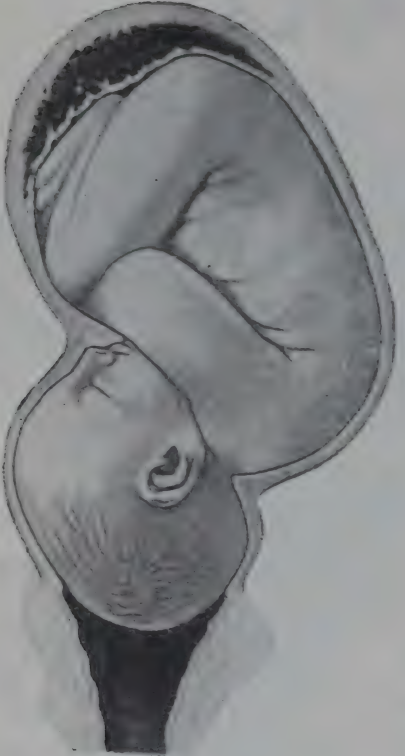
طبیعی امارات اور تشخیص

بشرطیکہ کانٹریکشن رنگ (حلقہ انقباض) سے ولادت میں تشویشناک تاخیر نہ ہوگئی ہو مریضہ کی عمومی حالت اچھی ہوگی۔ رفتار نبض اور تپش ۔۔ اسے

گم ہو گی، بر عکس ایک تنشی کانٹریکشن (انقباض) کی اصابت کے کہ جس میں مریضہ کی حالت اچھی نہیں ہوتی۔ 443



تصویر ۱۸۴۔ خراشیدہ یا عمومی طور پر منقبض رحم۔
رحم مجموعی طور پر جنین کو قریبی طور پر محصور کیے ہوئے ہے، لیکن لوئر سیگمنٹ (زیریں قطعہ) میں پتلا پن نہیں ہے۔



تصویر ۱۸۵۔ کانٹریکشن رنگ (حلقہ انقباض) یعنی مقامی طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) رحم۔
جنین کو رحم قریبی طور پر محصور کیے ہوئے نہیں ہے۔ اگر ہے تو صرف گردن کے گرد جسکو ایک مضیق بند گرفت کیے ہوئے ہے۔ لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) تبلا نہیں ہے

رحم کے جسم میں لے دار کانٹریکشنز (انقباضات) اور ارتخاء واقع ہوتے ہیں؛

چنانچہ بچہ زندہ ہوتا ہے اور جنینی قلب سنائی دے سکتا ہے۔ رحم زیادہ الیم نہیں ہوتا، البتہ گاہے گاہے حلقہ کا قرب وجوار الیم ہوتا ہے۔

مثاطیر یت کے بعد ایک دُبلی پتلی مریضہ میں شکمی دیوار کی راہ سے رحم کے خاکہ میں ایک انخفاض محسوس کیا جا سکتا ہے۔ وریکس (رقمی) مثالوں میں یہ انخفاض سب سے زیادہ کثرت کیساتھ گردن کے گرد پایا گیا ہے۔ گردو نواح کے رحمی حصوں کی بہ نسبت یہ انخفاض زیادہ سخت ہوتا ہے اور جب درد ہوتا ہے تو اور بھی سخت ہوجاتا ہے۔

جن مثالوں میں بچہ کا سر پیلوک برم (حوضی گگر) کے ذرا سا اندر ہوتا ہے، ان میں یہ پایا جاتا ہے کہ جب درد پیدا ہوتا ہے تو سر کی جانب تا جانب حرکت پذیری بڑھ جاتی ہے جیسے سر پیلوس (حوض) کے باہر نکل آتا ہو حالانکہ جب کانٹرکیشن رنگ (حلقۂ انقباض) موجود نہ ہو تو درد کے دوران میں سر پیلوس (حوض) میں زیادہ کس کر دھکیلا جاتا ہے اور جانب تا جانب حرکت پذیری گھٹ جاتی ہے۔

ویجائنل (مہبلی) امتحان پر یہ پایا جاتا ہے کہ پریزنٹنگ (تظریقی) حصہ ام پیکٹڈ (مغروز) نہیں ہے، ویجائنا (مہبل) متہیج نہیں ہے، اور لوئر سیگمنٹ (زیریں قطعہ) بیش تنیدہ یا پتلا نہیں ہے۔ اگر ایک ہاتھ اوپر گذارا جائے، تو حلقہ بچہ کو گرفت کئے ہوئے پایا جائے گا، یا تیسرے درجہ میں یہ ہاتھ کے اوخال کو روک دے گا۔

اکثر اوقات تشخیص صرف اس بنا پر کی جاتی ہے کہ بلا کسی معلوم وجہ کے دوسرے درجہ میں تاخیر ہوتی ہے، اور شائد اس بنا پر کہ حالانکہ عظمی تسدد بالکل نہیں ہوتا تاہم فارسیپز (کلاب) سے ولادت نہیں کرائی جا سکتی۔ اگر حلقہ موجود ہو تو فارسیپز (کلاب) پر ٹریکشن (جر) کرنے سے سر بہت نیچے آجاتا ہے، لیکن جونہی کہ کھینچنا موقوف کر دیا جاتا ہے یہ اپنی اصلی جگہ پر واپس چلا جاتا ہے۔ سر کی یہ مراجعت ہر ٹریکشن (جر) کے بعد بار بار واقع ہوتی ہے، اور اگر ٹریکشن (جر) جاری رکھا جائے تو ایک گھنٹہ یا زیادہ تک ہوتی رہتی ہے، اور ساتھ ہی ساتھ حلقہ اور زیادہ مضبوطی کے ساتھ منقبض ہوتا جاتا ہے۔

امراضیات

کانٹرکشن رنگ (حلقۂ انقباض) رحمی عضلہ کی مقامی دبازت ہوتی ہے اور رحم کا وہ حصہ جو تنگی سے اوپر اور نیچے کا ہوتا ہے، مقام دبازت کی بہ نسبت زیادہ پتلا ہوتا ہے۔ یہ حلقہ بچہ کے خاکہ کے ایک انخفاض میں ٹھیک بیٹھتا ہے، ممکن ہے یہ ۲۴ گھنٹہ یا زیادہ تک بلا مرتخی ہوئے قائم رہے اور اس طرح بچہ کے نزول کو روکے رکھے۔

علاج

فارسیز (کلاب) کے ذریعہ ٹریکشن (جرّ) پر اڑے رہنا بے فائدہ ہے، اس سے صرف یہ ہوتا ہے کہ حلقہ کا تشنج بڑھتا ہے۔

ادویہ۔ مارفیا کا زیر جلدی اشراب اور عمیق کلوروفارمی این ایستھیسیا (عدم حسیت) بار بار آزمایا گیا ہے اور گاہے گاہے یہ اطلاع ملی ہے کہ ان سے مضیق حلقہ مرتخی ہو گیا ہے۔ بعض اصابتوں میں ایمائل نائٹرائٹ کے کیپسول (=capsule کیسے) استعمال کرنے سے کامیابی ہوئی ہے، لیکن اکثر اوقات ان سے ارتخاء واقع نہیں ہو سکتا۔ بعض اصابتوں کی اطلاع ملی ہے کہ جن میں دس منم ایڈرینالین کے اشراب سے ارتخاء ہو گیا ہے۔ 444

حلقہ کا اتساع۔ خفیف اصابتوں میں حلقہ کو ہاتھ سے کشادہ کر سکتے ہیں۔

ویٹ ٹریکشن (weight-traction = جرّ بالوزن)۔ زیادہ شدید اصابتوں میں کسی موزوں اوزار مثلاً آبسٹٹرک فارسپز (obstetric forceps= قبالتی کلاب) یا ولٹز فارسپز (Willet's forceps = ولٹ کا کلاب) کے ذریعہ کہ جس کے ساتھ ۲ پونڈ تک وزن بندھا ہوا ہو، سر یا بریچ (سرینوں) پر ایک یا زیادہ گھنٹہ تک مسلسل اور مضبوط ٹریکشن (جرّ) عمل میں لایا جاتا ہے اور اس سے کامیابی ہوتی ہے۔ طویل ویٹ ٹریکشن (جرّ بالوزن) سے ناسور پیدا ہونا معلوم ہے۔

ایمبریاٹومی (embryotomy= **تقطیع الجنین**) مذکورہ بالا طریقہائے علاج بسا اوقات ناکام رہتے ہیں، لہذا ایک امکانی طریقہ علاج کی حیثیت سے ایمبریاٹومی (تقطیع الجنین) پر غور کرنا ضروری ہے۔ ایمبریاٹومی (تقطیع الجنین) ماں کے لئے بسا اوقات مہلک ثابت ہوتی ہے اور یہ ایک ایسا عملیہ ہے جس کا انجام دینا خاص طور پر دشوار ہے۔ اگر حلقہ بچہ کی گردن کی گرد ہو تو سر کا پرفوریشن (انثقاب) کرنا اور کرینیاٹومی فارسپز (جمجمہ شگاف کلاب) لگانا بیکار ہے، کیونکہ بچہ کا دھڑ حلقہ کے اوپر ہوتا ہے اور تنگی میں سے نکالنے کے لئے اس کو کاٹنے کی ضرورت ہوگی۔ اس طویل اور ہیبت ناک عملیہ سے ماں کو تشویشناک اور شائد مہلک صدمہ کا خطرہ ہے، لہذا جب کانٹریکشن رنگ (حلقہ انقباض) موجود ہو تو یہ امر مشکوک ہے کہ آیا ایمبریاٹومی (تقطیع الجنین) کا اقدام کرنا حق بجانب بھی ہے یا نہیں۔

ورشن (گردش) انجام نہیں دیجا سکتی، لہذا اس کا اقدام نہ کرنا چاہیئے۔

سیسرین سکشن (شگاف قیصری)۔ یہ سب سے سلامتی بخش اور عمدہ کارروائی ہے، خاصکر اگر جنین زندہ ہو۔ لوئر سیگمنٹ اپریشن (زیریں قطعہ کا عملیہ) انجام دینا چاہیئے، لوئر سیگمنٹ (زیریں قطعہ) میں ایک انتصابی شگاف دینا چاہیئے اور اس کو اس قدر اونچا لیجانا چاہیئے کہ حلقہ کٹ جائے۔

آب سٹرکٹڈ (مسدود) وضع حمل

اس حالت کی تعریف اس طرح کی جاسکتی ہے :۔ وہ حالت جس میں کوئی میکانی رکاوٹ موجود ہو اور قدرتی قوتوں سے ولادت انجام نہ پاسکتی ہو۔ اسباب کو بنظر سہولت ان عنوانات کے تحت تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ مادری اور جنینی :

مادری :۔ ۱۔ کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض)

۲۔ پیلوک (حوضی) سلعات

۳۔ سروکس (عنق) کی عضوی استواری

۴۔ ویجائنا (مہبل) کا ندبی کانٹریکشن (انقباض)
۵۔ آس یوٹرائی (فم رحم) کی میلپوزیشن (ناقص وضع)

جنینی :۔ ۱۔ میلپریزنٹیشنز (تطریقات ناقص)، مثلاً ترچھی لائی (افتاد)، جنینی تطریق، پیچیدہ تطریقات، مواظب آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) اور مینٹو پوسٹیریر (ذقنی عقبی) وضعات، اور امپیکٹیڈ بریچ (مغروز سرین)۔

۲۔ بڑے اور پوسٹ میچور (post-mature = زائد المیعاد) بچے۔

۳۔ جنین کی غیر طبعی حالتیں، مثلاً ہائڈروقیفالس (hydrocephalus = استسقاء الدماغ)، ان قیفالوسیل (encephalocele = قیلہ دماغی)، مانسٹرز (monsters = مسخوطات)، ایسائٹیز (ascites = استسقاء شکمی) اور ڈراپسی (dropsy = استسقاء)۔

445 **کانٹریکٹیڈ پیلوس (منقبض حوض)**۔ مختلف درجہ کے کانٹریکٹیڈ پیلوس (منقبض حوض) پائے جاتے ہیں جن سے آب سٹرکٹڈ (مسدود) وضع حمل ظہور میں آتا ہے۔ یہ سب چونتیسویں اور پینتیسویں باب میں بیان کئے گئے ہیں۔

پیلوک (حوضی) سلعات۔ یہ سلعات، قرب وجوار کے اعضا یا ساختوں سے اُگے ہوتے ہیں اور مندرجہ ذیل پر شامل ہوتے ہیں، اوویرین (ovarian = مبیضی) سلعات، فائبرائڈز (fibroids = لیفیات)، پیلوس (حوض) کی عظمی بالیدیں، ہائڈیٹڈ سسٹز (hydatid cysts = کیسیتی دویرے)، اپنی جگہ سے ہٹے ہوئے یا بڑھے ہوئے گُردے یا طحال، یا کوئی اور مرضی بالید جو پیلوس (حوض) میں پائی جاتی ہو ان کو اس کتاب کے دیگر حصوں میں اپنے اپنے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

ویجائنا (مہبل) کے سلعات۔ ویجائنا (مہبل) کے ٹھوس سلعات مثلاً کینسر (سرطان) اور فائبروما (fibroma = سلعہ لیفیہ) اور ویجائنا (مہبل) سے اُگے ہوئے سسٹک (cystic = دُویری) سلعات، اپنی خاص جسامت اور مقام کی وجہ سے وضع حمل میں تاخیر یا آب سٹرکشن (obstruction = تسدّد) کا سبب ہوتے ہیں۔ اگر

کوئی ڈسٹک (دویری) ورم متقیح ہو گیا ہے، تو مریضہ کے لئے ایک مزید خطرہ پیدا ہو جائیگا۔

اگر سلعہ سے آب سٹرکشن (تسدد) واقع ہونے کا احتمال ہو اور یہ فائبرائڈ (لیفیہ) ہو تو اس کا اے نیوکلیئیشن (enucleation = انفاف) کر دینا چاہیئے، اگر یہ سسٹ (دویڑ) ہو تو اس کا پرفوریشن (ثقب) کر دینا چاہیئے، اور اگر یہ سلعہ خبیث ہو تو علاج اس امر پر موقوف ہوگا کہ بالید کی کیا حالت ہے۔ ممکن ہے قدرتی ولادت واقع ہو جائے۔ یا بخلاف اس کے ممکن ہے سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) کے ذریعہ ولادت کرانے کی ضرورت پیش آئے۔

سروکس (عنق) کی عضوی استواری۔ یہ ایک مرضی حالت ہے جس کا سبب اکثر اوقات گذشتہ حمل کی دریدگی اور ندبہ ہوتا ہے۔ سروکس (عنق) کا ہائپرپلیزیا (hyperplasia = بیش تکوین) بھی جو پرولیپس (prolapse = سقوط) کے ہمراہ پایا جاتا ہے، اس کا سبب ہو سکتا ہے۔ ایک پن ہول آس (pinhole os = الپینی سوراخ والافم)، رحم کے طولی ریشوں کے ذریعہ اتساع واقع ہونے میں سخت مزاحمت پیش کرتا ہے چنانچہ ایسی مثالیں بھی بیان کی گئی ہیں جن میں باوجودیکہ کل سروکس (عنق) پھیلا ہوتا ہے، ایکسٹرنل آس (بیرونی فم) میں ایک قناطیر بمشکل سما سکتا ہے۔ سروکس (عنق) کا کینسر (سرطان) اور سروکس (عنق) میں جاگزیں فائبرائڈز (لیفیات)، اکثر اوقات سروکس (عنق) کے اتساع میں ایک ناقابل ارتفاع رکاوٹ ثابت ہوتے ہیں۔

علاج۔ ایک چھوٹے سے ڈی ریبز بیگ (de Ribes's bag = ڈی ریبز کے تھیلے) یا دیگر آبی سکونی موسع کے ذریعہ سروکس (عنق) کے مصنوعی اتساع کی ضرورت پڑ سکتی ہے بشرطیکہ ماں یا بچہ کی حالت اس کی متقاضی ہو اور چند مثالوں میں سروکس (عنق) میں شگاف دینے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ یہ اس طرح دیا جا سکتا ہے کہ ایک سپیکولم (speculum = منظار) کے ذریعہ سروکس (عنق) کو منکشف کیا جاتا ہے اور ایک قینچی کے ذریعہ اس کے حاشیہ میں مختلف جگہوں پر پون انچ کی گہرائی تک شگاف دیا جاتا ہے۔ اگر وضع حمل سروکس (عنق) کے کینسر (سرطان) کی وجہ سے، یا سروکس (عنق) یا زیریں حصہ رحم میں جاگزیں فائبرائیڈز (لیفیات) کی وجہ سے پیچیدہ ہو تو بسا اوقات

سیسرین سیکشن (Cæsarian section = شگاف قیصری) سے ولادت کرانے کی ضرورت ہوتی ہے، جس کے بعد اگر اصابت موزوں ہو تو رحم کے استیصال کی ضرورت ہوتی ہے۔

اس مقام پر سروکس (عنق) کے ایٹریزیا (atresia = بے ثقبی) کا ذکر کرنے کی ضرورت ہے، یہ وہ حالت ہے جس میں وضع حمل کے آغاز کے وقت کوئی فتحہ دریافت نہیں ہو سکتا، حالانکہ قدرتاً قنال یقینی طور پر نفوذ پذیر رہ چکی ہے جس کے ذریعہ استقرار حمل ہوا ہے۔

ولوا (فرج) اور ویجائنا (مہبل) کا ندبی کانٹریکشن (انقباض)۔ وہ 446
سٹینوسس (stenosis = ضیق) جو بچہ کی ولادت میں تاخیر واقع کرنے یا روکنے کے لئے کافی ہو، کسی ایسے گذشتہ وضع حمل کا نتیجہ ہوتا ہے جس میں سخت ضرب یا عفونت کی پیچیدگی واقع ہوئی ہو، یا یہ کسی عملیہ، خاصکر کالپورافی (colporrhaphy = خیاطت المہبل) کا نتیجہ ہوتا ہے۔

علاج

اگر متوسط درجہ کا کانٹریکشن (انقباض) ہو، تو چمپیٹر ڈی ریبز بیگ (Champetier de Ribes's bag = چمپیٹر ڈی ریبز کے تھیلے) کے ذریعہ یا دستانہ پوش ہاتھ کے ذریعہ اتساع انجام دیا جا سکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ندبی بافتوں کو کترنے کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن اس میں بڑی حکمت سے کام لینے کی ضرورت ہے تاکہ چاک جس کا ہونا ناگزیر ہے، ریکٹو ویجائنل (recto-vaginal = مستقیمی مہبلی) یا ویسائیکو ویجائنل (vesico-vaginal = مثانی مہبلی) ناسور پیدا نہ کرے۔ اگر ایٹریزیا (بے ثقبی) اس قدر نمایاں ہو کہ مریضہ کو سخت تضرر پہنچائے بغیر اس کا ازالہ نہ ہو سکے، تو سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) کے انجام دینے کی ضرورت ہے۔

میلپریزنٹیشنز (تطریقات ناقص) اور تشوہات۔ عرضی لائز (افتادیں)، مواظب مینٹو پوسٹیریر (ذقنی عقبی) وضعات، برو پریزنٹیشن (جبینی تطریق)، لاکڈ ٹوئنز (locked twins = گتھواں توام) اور کان جائنڈ ٹوئنز (conjoined twins =

مواصل تواموں) کا بیان اپنے اپنے عنوان کے تحت پایا جائے گا۔

پینڈولس بیلی (لٹکا ہوا پیٹ)۔ بہت سی ملٹی پیرا (کثیر الولادت) عورتوں کی شکمی دیواریں اس قدر ڈھیلی ہوتی ہیں کہ حمل کے اخیر مہینوں میں ان دیواروں سے بڑھتے ہوئے رحم کو کچھ سہارا نہیں ملتا۔ بعض میں تو ڈھیلا پن اتنا نمایاں ہوتا ہے کہ ریکٹائی (recti = عضلات مستقیمہ) باہم جدا ہو جاتے ہیں اور رحم ایک ہرنیل سیک (hernial sac = فتقی تاچہ) میں آپڑتا ہے۔ اگر حمل کے دوران میں ایک مضبوط شکمی پٹی اور وضع حمل میں ایک مضبوط شکم بند کے ذریعہ اس حالت کا ازالہ نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ سر پیلوس (حوض) میں نہ داخل ہو اور رحم کے محور کی سمت بالکل پیچھے کی طرف رہے جس سے رحم یا ویجائنا (مہبل) کا رپچر (انشقاق) واقع ہو جاتا ہے۔

ہائڈروسیفالس (hydrocephalus = استسقاء الدماغ)۔ ہائڈروسیفالس (استسقاء دماغی) ایک خلقی تشوہ ہے جس میں دماغ کے ونٹریکلز (ventricles = بطینے) سیال سے متمدد ہوتے ہیں۔ بعض مثالوں میں اس کے علاوہ دماغ اور جمجمہ کے درمیان بھی سیال پایا جاتا ہے۔ سر بے حد بڑھا ہوا ہوتا ہے اور دماغ ایک پتلی تہ کی شکل میں پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ جمجمی ہڈیاں چھوٹی چھوٹی اور نامکمل طور پر متعظم ہوتی ہیں جو دماغ کے صرف ایک قلیل رقبہ کو ڈھانکتی ہیں، چنانچہ سوچرز (sutures = درزیں) اور فانٹینیلز (fontanelles = یافوخ) نہایت ہی کشادہ ہوتے ہیں۔ چہرہ نسبتہً نہایت ہی چھوٹا ہوتا ہے، اور ابھری ہوئی پیشانی، چہرے پر چھجے کی مانند نکلی ہوتی ہے، اور انٹر فرانٹل سلکس (inter-frontal sulcus = بین جبہی تجویف) خوب ہی نمایاں ہوتا ہے۔ اس کے ہمراہ اور بد شکلیاں بھی پائی جاتی ہیں، مثلاً سپائنا بائی فڈا (spina bifida = شوکۂ مشقوق)۔ اس حالت میں بریچ پریزنٹیشنز (سرینی تطبیقات) عام ہوتی ہیں، اور بسا اوقات یہ مرض اس وقت تک دریافت نہیں ہوتا جب تک کہ آفٹر کمنگ (پس آئند) سر کی ولادت میں بہت دیر واقع نہ ہو اور اس وقت رحم کی بڑی جسامت اصل صورت حالات کو بے نقاب کر دیتی ہے۔

شرح اموات بہت زیادہ ہے باستثناء اس صورت کے کہ جلد صحیح تشخیص ہو جائے

اس صورت میں ماں کے لئے خطرہ بہت کم ہوتا ہے، اگرچہ بچہ بالعموم مرجاتا ہے۔

ممکن ہے ایک ان قیفالوسیل (encephalocele = قیلۂ دماغی) یا مینجوسیل 447
(meningocele = قیلۂ سحائی) کی جسامت اور محل وقوع ایسا ہو کہ اس سے حمل مسدود ہو جائے (تصویر ۱۸۶)۔ اگر ایسائیٹز (استسقاء شکمی)، گردوں یا اووری (ovary = مبیض) کے سسٹک ڈزیز (cystic disease = دویری مرض)، بیش متمدد مثانہ، یا شکمی احشاء کے کسی اور مرض کی وجہ سے پیٹ حد سے زیادہ بڑھا ہوا ہو تو تشویشناک آبسٹرکشن (تسدد) واقع ہو سکتا ہے۔

علاج۔ ہائڈروقیفالس (استسقاء دماغی) کی تشخیص کے بعد علاج یہ ہے کہ سر کا پرفوریشن (تثقب) کر دیا جائے، اور اگر پیلوس (حوض) میں سے گذر سکنے کے لئے اسکی



تصویر ۱۸۶۔ ایک مینجوسیل (meningocele = قیلہ سحائیہ) جو کہ پچھلے فانٹنیل
(fontanelle = یافوخ) کے خطّے سے اُگا ہوا ہے۔

جسامت میں کافی تخفیف نہ ہو تو کرینیو کلاسٹ (cranioclast= جمجمہ شکن) لگایا جا سکتا اور ٹریکشن (جرّ) عمل میں لایا جا سکتا ہے۔ اگر آفٹر کمنگ ہائڈرو قیفالک (after-coming hydrocephalic= پس آئندہ مستسقی الدماغ) سر کی وجہ سے آب سٹرکشن (تسدّد) ہو تو یہ آسان تر ہوتا ہے کہ سپائنل کالم (spinal column= عمود شوکی) کو کاٹ کر الگ کر دیا جائے اور جب سیال بہ کر نکل جائے تو ٹریکشن (جرّ) کے ذریعہ ولادت کرائی جائے لیکن زیادہ سریع طریقہ جمجمی کہفہ کا پرفوریشن (ثقب) ہے۔ خفیف درجہ کے ہائڈرو قیفالس (استسقاء دماغی) کی خود بخود یا فارسیپز (کلّاب) کی مدد سے ولادت کیجا سکتی ہے۔

اُن بچوں میں جن میں آب سٹرکشن (تسدد) کی وجہ پیٹ کی شدید کلانی ہو، یہ علاج ہے کہ شکم کو ٹیپ (tap= بزل) کر دیا جائے یا ایوسریشن (evisceration= احشاء براری) کی جائے۔

آب سٹرکشن (تسدد) کے اثرات وضع حمل کے مختلف مراحل میں۔ عام طور پر یہ بیان کیا جا سکتا ہے کہ رحم کے بالائی حصہ کی وافر بازکشیدگی اغشیہ کا انشقاق ہو چکنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ لیکن اگر کچھ آب سٹرکشن (تسدّد) موجود ہو، تو یہ بازکشیدگی وضع حمل کے پہلے مرحلہ میں بھی واقع ہو سکتی ہے۔ بشرطیکہ درد اچھے ہوں اور کچھ مدت سے کام کر رہے ہوں، اور اتساعِ سروکس (عنق) میں کچھ زیادہ مزاحمت در پیش ہو۔

جب تک لائکر ایمنیائی (رحل) کا اخراج نہ ہو جائے ماں یا بچہ کو کوئی فوری خطرہ نہیں ہوتا، کیونکہ وہ غیر مناسب دباؤ سے محفوظ ہوتے ہیں۔ لیکن اگر اغشیہ قبل از وقت شق ہو جائیں اور ایمنیاٹک فلوئڈ (amniotic fluid= انفسی سیال) 448
بہ کر نکل جائے، تو پھر یہ اندیشہ پیدا ہوتا ہے کہ بچہ مر جائے گا اور ماں علاماتِ خستگی سے متاثر ہو جائے گی۔

وضع حمل کے دوسرے مرحلہ میں جب کہ آس (فم) بچہ کے سر کے اوپر بازکشیدہ ہوتا ہے، ویجائنا (مہبل) پر اطالت پذیر دباؤ پڑنے سے یہ اندیشہ پیدا ہوتا ہے کہ

اس کی دیوار کا اغتشاش ہوجائے گا اور ایک ویسائکو ویجائنل (vesico-vaginal= مثانی مہبلی) ناسور بن جائے گا۔

اگر رحم کا فعل زوردار ہو اور بچہ طبعی جسامت کا ہو تو مولڈنگ (moulding= انضیاغ) لمبا اوقات واقع ہو سکتا ہے' اور اگر آب سٹرکشن (تسدد) حد سے زیادہ نہ ہو تو بچہ فارسیپز (کلاب) کے استعمال سے یا اس کے استعمال کے بغیر تولد ہو سکتا ہے۔

آب سٹرکٹڈ (مسدود) وضع حمل کو اگر جلد شناخت کر کے اس کا علاج نہ کیا جائے تو یہ بے انتہا تشویشناک ثابت ہوتا ہے۔ وضع حمل کا آب سٹرکٹڈ (obstructed= مسدود) ہونا اس طرح پہچانا جاتا ہے کہ باوجود اچھے دردوں کے تقدم بالکل نہیں ہوتا۔ زچہ میں رفتار نبض کی تیزی سے اور بعد میں ارتفاع تپش سے امارات خستگی عیاں ہونی شروع ہوتی ہیں۔ منہ خشک ہوجاتا ہے اور قیئیں آتی ہیں۔ کیپٹ سیکسیڈینیم (caput succedaneum= سابیا) بڑا ہوتا ہے' اور ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) میں ممکن ہے بچہ کا میکونیم (meconium= عقی) خارج ہو' جس سے قریب الوقوع اغتصاص کی امارات ظاہر ہوتی ہیں۔ اگر آب سٹرکشن (تسدد) رفع نہ ہو تو اپر سیگمنٹ (بالائی قطعہ) میں تمشی کانٹریکشن (انقباض)' اور لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) میں بیش تمدد اور پتلاپن پایا جائے گا اور رحم اور ویجائنا (مہبل) کے رپچر (انشقاق) کا سخت خطرہ پیدا ہوجائے گا' اور جنین مرجائے گا۔

آب سٹرکٹڈ (مسدود) وضع حمل کا علاج

اگر حمل کے آخری چھ ہفتوں میں حاملہ عورت کا منظم امتحان دیانت داری کے ساتھ انجام دیا جایا کرے تو آب سٹرکشن (تسدد)' وضع حمل کی ایک غیر معروف پیچیدگی ہوکر رہ جائے گی' کیونکہ پریزنٹیشن (تطریق) دریافت ہوجایا کرے گی' جنینی سر اور پیلوس (حوض) کی اضافی جسامت دیکھ لی جایا کرے گی' اور غیر طبعی حالتوں سے خطرہ پیدا ہونے سے قبل ہی ان کا علاج ہو سکے گا۔

اگر وضع حمل کے ابتدائی مدارج میں شکمی امتحان کرنے پر معلوم ہو کہ پریزنٹنگ (تقطریقی) حصہ مرتبط نہیں ہوا، یا ویجائنل (مہبلی) امتحان کرنے پر یہ معلوم ہو کہ پریزنٹنگ (تقطریقی) حصہ بہت بلندی پر ہے یا محسوس نہیں ہو سکتا، تو پھر اغلب یہ ہے کہ پیلوس (حوض) کانٹریکٹڈ (منقبض) ہے، یا بچہ کی پریزنٹیشن (تقطریق) یا جسامت غیر طبعی ہے۔ کانٹریکشن (انقباض) کا ٹھیک ٹھیک درجہ دریافت کرنا چاہیئے اور اس کا حسب حال علاج کرنا چاہیئے، یا پریزنٹیشن (تقطریق) کو درست کر دینا چاہیئے۔ اگر یہ صورت حالات وضع حمل کے دوسرے مرحلہ میں دریافت ہو قبل اس کے کہ رحم تشنجی طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) ہو گیا ہو، تو بچہ کو بچائے اور ماں کو بسلامتی ولادت کرانے کا امکان ہنوز موجود ہوتا ہے۔ اگر رحم تشنجی طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) ہو گیا ہو تو کسی تباہ کُن عملیہ مثلاً کرینیوٹومی (جمجمہ شگافی) یا ڈی کیپی ٹیشن (قطع الراس) کے ذریعہ بچہ کی ولادت کرانی چاہیئے۔

باب سی و ہشت 449

ضربی اضرار

انشقاق رحم

انشقاق رحم پر بنظر سہولت مندرجۂ ذیل عنوانات کے تحت غور کیا جا سکتا ہے:
"بالذات انشقاقات" اور "ضربی انشقاقات" :۔
بالذات انشقاق۔ حمل کے دوران میں یہ نہایت ہی شاذ و نادر واقع ہوتا ہے اور اس صورت میں اس کا سبب حسب ذیل ہوتا ہے: گذشتہ حمول کے بعد رحمی دیوار کا انحطاط پیدا ہو جانا اور اس کا یا کسی گذشتہ زچگی سے متضرر شدہ دیوار کا تن کر پھٹ جانا، کسی گذشتہ سسیرین سیکشن (شگاف قیصری) کے ندبہ کا پھٹ جانا، یا کسی بائی کارنوٹ یوٹرس
450 (bicornute uterus= دو قرنی رحم) کے نامکمل قرن میں حمل کا مشقوق ہو جانا۔ جب حمل کے دوران میں یہ حادثہ واقع ہوتا ہے تو سخت نقصان خون واقع ہونا کوئی ضروری امر نہیں ہے اور ممکن ہے کہ یہ حادثہ محض اس امر سے دریافت ہو کہ پریٹونیل کیویٹی (peritoneal cavity= باریطونی کہفہ) میں جنین آزاد پایا جاتا ہے۔ بخلاف اسکے اس سے وہ تشویشناک صورت حالات بھی پیدا ہو سکتی ہے جو کہ وضع حمل کے دوران میں واقع شدہ انشقاق سے پیدا ہوتی ہے۔

بالذات انشقاق وضع حمل کے دوران میں زیادہ کثیر الوقوع ہے اور ذیل کے اسباب سے ہوتا ہے :۔

(۱) آب سٹرکٹڈ (مسدود) وضع حمل۔

(۲) انحطاطی یا دیگر تغیرات جو کہ دیوارِ رحم کو کمزور بنا دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔

(۳) پینڈولس بیلی (pendulous belly = پیٹ کے لٹکاؤ) کے باعث یا رحم کے غلط ونٹرل فکسیشن (ventral fixation = تثبیت بالبطن) کے باعث رحمی محور کا انحراف۔



تصویر ۱۸۷۔ رحم کا پھٹ جانا (انشقاق)۔ مقدمی دیوار کا ایک مکمل چاک۔

(۴) دیوار رحم کے گذشتہ ندبات۔
(۵) سروکس (عنق) کا کارسی نوما (سرطان)۔
(۶) ایک بائی کارنوٹ (دوقرنی) رحم کے ناکمل قرن کا حمل۔

ضربی انشقاق۔ رحم کا ضربی انشقاق گاہے حمل کے دوران میں کسی ضرب یا سقط سے واقع ہوتا ہے، لیکن اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ وضع حمل کے دوران میں ان عملیتی تدابیر سے واقع ہوتا ہے جو جنین کی ولادت کرانے کے لئے اختیار کیجاتی ہیں مثلاً سروکس (عنق) کے بزور اتساع سے، ورشن (گردش) سے فارسپز (کلابی) ولادت یا کرینیاٹومی (جمجمہ شگافی) سے، بالخصوص اگر یہ غیر موزوں مثالوں میں انجام دیئے جائیں۔ سب اسباب سے کہیں زیادہ عام سبب ولادت کرانے کی ناسزمسند انہ کوششیں ہیں۔

انشقاق کے میکانیہ کی تشریح یہ ہے کہ تمنشی کانٹرکشن (انقباض) میں رحم کا بالائی قطعہ حد سے زیادہ بازکشیدہ، اور اس کی مناسبت سے زیریں قطعہ حد سے زیادہ پتلا ہو جاتا ہے۔ جب یہ پتلاپن ایک خاص درجہ تک پہنچ جاتا ہے تو پھر ایک وقت ایسا آتا ہے کہ جب کہ خفیف ترین زائد بار انشقاق کا موجب ہو سکتا ہے۔ ولادت میں اگر اور دیر ہو تو ممکن ہے کہ اس سے رحم خود بخود ہی پھٹ جائے، لیکن زیادہ عام یہ ہے کہ یہ انشقاق کسی دست ورزی کے بے مصلحت شروع کرنے سے وقوع میں آتا ہے۔

امراضیات

انشقاق رحم، بالعموم بیش متمدد لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) میں واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اسی قطعہ تک محدود ہو، لیکن بعض اوقات یہ اوپر کی طرف اپر سیگمنٹ (بالائی قطعہ) میں پھیل جاتا ہے، یا نیچے کی طرف پھیل کر سروکس (عنق) کو اور ویجائنا (مہبل) کے بالائی حصہ کو بھی شامل کر لیتا ہے۔

اگر انشقاق براڈ لگامنٹ (رباط عریض) کے قرب وجوار میں ہو تو یہ بالعموم

طولی ہوتا ہے، اور اگر یہ سروکس (عنق) کے خطہ میں ہو تو شاید عرضی ہوتا ہے۔ انشقاق کے بعد ممکن ہے جنین کا کچھ حصہ یا پورا جنین پیریٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) میں نکل جائے اور اپنے اس گذر کے دوران میں رحم کو اور بھی پھاڑ دے، ممکن ہے یہ چاک اپر یوٹرائن سیگمنٹ (بالائی قطعہ رحم) یا سروکس (عنق) اور ویجائنا (مہبل) تک چلا جائے۔

انشقاقات کو اس امر کے لحاظ سے کہ آیا پیریٹونیل کوٹ (peritoneal coat = باریطونی غلاف) پھٹا ہے یا نہیں، مندرجہ ذیل میں تقسیم کیا جا سکتا ہے:—

(۱) مکمل یا انٹرا پیریٹونیل (intra-peritoneal = دروں باریطونی) اور (۲) نامکمل یا اکسٹرا پیریٹونیل (extra-peritoneal = بروں باریطونی)، رحم کا بالذات انشقاق بالعموم مکمل ہوتا ہے اور ضربی انشقاق بسا اوقات نامکمل۔ رحم کی جانبی دیوار کا چاک، خواہ اس سے دیوار رحم کی پوری موٹائی ہی متاثر کیوں نہ ہو، مکمل نہیں ہوتا الا اس صورت میں کہ انصبابی خون، براڈ لگامنٹ (broad ligament = رباط عریض) کی ایک یا دوسری 451
تہ میں سے پھوٹ کر پیریٹونیم (باریطون) میں چلا جائے۔ اگر انشقاق مکمل ہو، تو بالعموم جنین معہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے پیریٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) میں خارج ہو جاتا ہے۔ لیکن جب پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ پیلوس (حوض) میں مضبوطی سے مرتبط ہو تو جنین کا صرف کچھ حصہ خارج ہوتا ہے۔ چاک ایک دندانے دار بے قاعدہ حاشیہ پیش کرتا ہے، جس کے کنارے، بازکشیدگی کے باعث، ایک دوسرے کے نہایت ہی قریب ہوتے ہیں الا اس صورت میں کہ جنین چاک میں جاگزیں ہو۔

علامات و تشخیص

انشقاق کی کوئی معروف علامات نہیں ہیں۔ بالعموم ایک طویل اور اکتا دینے والے وضع حمل کے بعد، وہ تنبیہی علامات دیکھی جاتی ہیں جو کہ تنشی کانٹریکشن (انقباض) اور لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) کی بیش تنیدگی کے عنوان کے تحت بیان کی جا چکی ہیں۔ پھر ناگاہ انشقاق واقع ہو جانے پر مریضہ چلا اٹھتی ہے اور زیریں شکم میں

ایک تیز پھاڑنے والے درد کی شکایت کرتی ہے۔ بخلاف اس کے ایک ایسے وضع الحمل کے دوران میں بھی انشقاق واقع ہو سکتا ہے جو کہ بظاہر طبعی ہو۔ انشقاق کے تھوڑی دیر بعد مریضہ صدمہ کی علامات پیش کرتی ہے۔ اُس کا چہرہ رنگت میں پھیکا ہو جاتا ہے اور اُتر جاتا ہے اور پیشانی ٹھنڈے پسینہ سے ڈھک جاتی ہے۔ نبض نوعیت میں خیطی ہو جاتی ہے اور اس کی رفتار حد سے زیادہ تیز ہو جاتی ہے۔ اگر ہیمریج (نزف) اس سے شدید تر ہو تو ایر ہنگر (air hunger = جوع الہوا)، اختلالات بصارت، اور آخر کار بے ہوشی ہو جاتی ہے۔ تاہم اکثر اصابتیں اتنی شدید علامات پیش نہیں کرتیں۔ اگر جنین رحم میں جزوی طور پر محبوس رہے تو جنین کے اس حصہ پر جو کہ چاک میں ہوتا ہے رحم کی باز کشیدگی واقع ہوتی ہے جو ہیمریج (نزف) کو کچھ دیر کے لئے ایک حد تک بند کر دیتی ہے۔ ایک نامکمل چاک کے بعد ممکن ہے علامات خفیف ہوں، گو کہ یہ امر چاک شدہ رقبہ کی عروقیت پر موقوف ہوتا ہے۔ اگر ہیمریج (نزف) شدید نہ ہو تو بہت سے نامکمل چاک نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ براڈ لگامنٹ (رباطِ عریض) میں انشقاق واقع ہونے کی صورت میں ممکن ہے شدید علامات نہ پیدا ہوں، کیونکہ دو تہوں کے درمیان جو خون منصب ہوتا ہے اس کا دباؤ ہیمریج (نزف) کو بند کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔

جب انشقاق رحم واقع ہوتا ہے تو بیرونی ہیمریج (نزف) بہت زیادہ مقدار میں واقع نہیں ہوتا اور انٹرا پیریٹونیل ہیمریج (درون باریطونی نزف) بھی استثنائی صورت میں شدید ہوتا ہے۔ شکمی امتحان کرنے پر کوئی نمایاں خصوصیت نظر نہیں آتی تا وقتیکہ جنین پیریٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) میں خارج نہ ہو گیا ہو۔ اگر جنین پیریٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) میں خارج ہو گیا ہو تو بالعموم یہ رحم کے پاس پڑا ہوا آسانی سے محسوس ہوتا ہے اور رحم چھوٹا اور سخت ہوتا ہے۔ شاذ مثالوں میں جنین رحم کے پیچھے پڑا رہتا ہے اور اس وجہ سے چھپا رہتا ہے۔ اگر ویجائنل (مہبلی) امتحان کیا جائے تو پریزنٹنگ (تظہیقی) حصہ مفقود پایا جائے گا بشرطیکہ یہ امپیکٹڈ (مغروز) نہ ہو گیا ہو۔

452 بعض اصابتوں میں انشقاق کی حالت صرف اس وقت دریافت ہوتی ہے جبکہ بچہ کی ولادت ہو چکتی ہے مثلاً جب کسی وشوار فارسپز (کلابی) ولادت کے بعد یا ایسی مثال میں جس میں ورشن (گردش) انجام دی گئی ہو اس بنا پر کہ پلیسنٹا (مشیمہ) قدرتی طور پر خارج نہیں ہوا رحم میں ہاتھ ڈالا جاتا ہے اور ایک چاک محسوس ہوتا ہے کہ جس کی راہ سے مشیمہ انٹراپیریٹونیل کیویٹی (دروں باریطونی کہفہ) میں نکل گیا تھا۔ یا جب وضع حمل کے تیسرے درجہ میں تکلیف دہ ہیمرتج (نزف) ہو اور اس کے علاوہ رحم بھی مضبوطی کے ساتھ کانٹریکٹڈ (منقبض) ہو تو اس سے انشقاق کا شبہ ہوتا ہے، جس کی اصبعی امتحان سے توثیق کیجاتی ہے۔ بعض واقعات میں علامات ایسی خفی ہوتی ہیں کہ جب تک وضع حمل کے بعد چند گھنٹہ نہیں گذر جاتے انشقاق کا خیال بھی نہیں گذرتا، اور اس کے بعد کولیپس (collapse = ہبوط) کی علامات رونما ہوجاتی ہیں۔

انشقاق رحم سے واقع شدہ اموات کی تعداد بہت زیادہ ہے، اور اس کا اندازہ، اختلاف رائے کے ساتھ، ۴۰ تا ۷۰ فی صدی کا لگایا گیا ہے۔ شرح اموات کی ایک حد تک یہ توجیہ ہوسکتی ہے کہ یہ حادثے بالعموم ایسے اطالت پذیر وضعات الحمل میں پیش آتے ہیں کہ جن میں بہت ہی دست درزی سے کام لیا جاتا ہے، اور جن میں بسا اوقات سپ سس (عفونت) اور غیر موثر جراحتی امداد کی پیچیدگی پیدا کی جاتی ہے۔

حفظ ماتقدم۔ چونکہ اطالت پذیر وضع الحمل کے اکثر واقعات میں کہ جن میں لوئر یوٹرائن (زیریں قطعہ رحم) پتلا ہو جاتا ہے بچہ یا تو پہلے ہی مردہ ہوتا ہے یا ولادت کے بعد اس کے زندہ رہنے کا کوئی قرینہ نہیں ہوتا، اس لئے سارے علاج کا مقصد ماں کی جان بچانا ہے۔ مارفیا کی پوری خوراک اور کلوروفارم پورے جراحتی درجہ تک دینے سے بسا اوقات کرینیا ٹومی (جمجمہ شگافی)، یا ڈی کیپی ٹیشن (decapitation = قطع الراس) سے بسلامتی ولادت کرانا ممکن ہو جاتا ہے۔ پرفوریشن (perforation = ثقب) کے بعد ایک سیفالوٹرائب (cephalotribe = مفدغ الراس) کی بجائے

کربنیاٹومی فارسپز (craniotomy forceps = جمجمہ شگافی کا کلاب) استعمال کرنا زیادہ بے خطر ہے، کیونکہ کرینیاٹومی فارسپز (جمجمہ شگافی کا کلاب) لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) کو اس قدر متمدّد نہیں کرتا۔

علاج

وہ اصابتیں جن میں جنین جزوی یا کلّی طور پر پیریٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) میں خارج ہو گیا ہو۔

ان کا علاج ہمیشہ شکمی شگاف کے ذریعہ کرنا چاہیئے۔

وہ اصابتیں جن میں ایک چاک جنین کی ولادت کے بعد دریافت ہو۔

اگر پلیسنٹا (مشیمہ) پیریٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) میں ہو، تو کارڈ (حبل) پر ٹریکشن (جرّ) کرنے اور پلیسنٹا (مشیمہ) کو چاک کی راہ سے گھسیٹنے کی کوشش کرنا خلافِ مصلحت ہے، کیونکہ اس سے نہ صرف یہ کہ چاک زیادہ بڑا ہو جاتا ہے، بلکہ ہیمرج (نزف) میں بھی اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کی ولادت کرانے کے لئے ضروری ہے کہ شکم کو کھولا جائے اور پلیسنٹا (مشیمہ) کو نکال لیا جائے۔ پھر چاک کو ٹانکے لگا دینے چاہئیں، بشرطیکہ یہ کسی موافق مقام پر ہو، یا ہسٹریکٹومی (hysterectomy = رحم براری) کر دینا چاہیئے۔

جن اصابتوں میں چاک براڈ لگامنٹ (رباط عریض) میں محدود ہوتا ہے، انمیں تشخیص صرف ولادت کے بعد ہو سکتی ہے۔ یہ امر کہ آیا چاک میں صرف براڈ لگامنٹ (رباط عریض) ہی شریک ہے، صرف اس طرح دریافت ہو سکتا ہے کہ چاک میں اُنگلی ڈال کر دیکھا جائے۔ اگر آنت محسوس نہ ہو تو سمجھنا چاہیئے کہ چاک صرف براڈ لگامنٹ (رباط عریض) میں ہی ہے۔

ان اصابتوں میں ہیمرج (نزف) بالعموم یوں روکا جا سکتا ہے کہ براڈ لگامنٹ

(رباط عریض) کے کہفہ کو بھر دیا جاتا ہے۔
453 اگر کسی چاک سے پوسٹیریر فارنکس (posterior fornix = عقبی قبوہ) کھل گیا ہے اور امعاء کے پرولیپس (سقوط) کی پیچیدگی موجود ہے تو چاک کو ٹانکے لگا دینے چاہئیں، یا آنت کو بحال کر دینا چاہیئے اور ڈگلس کی جیب میں ایک گاز پلگ (gauze plug = گازی صمام) رکھ کر آنت کو روک رکھنا چاہیئے۔ رحم کے چھوٹے چاک جن میں کوئی شدید ہیمریج (نزف) نہ ہو اپنے حال پر چھوڑ دینے چاہئیں۔

جب شکم کو کھولنا قرین مصلحت سمجھا گیا ہو:—

یہ شاذونادر ہی ممکن ہوتا ہے کہ چاک کو ٹانکے لگا دیئے جائیں۔ اس کی وجہ یا تو چاک کا مخصوص مقام ہو سکتا ہے یا بافت ہائے متاثرہ کی کوفتگی اور وریدگی ہو سکتی ہے۔ ان چند اصابتوں میں جن میں بہت کم کوفتگی ہوتی ہے اور چاک تک رسائی ممکن ہوتی ہے چاک کو ٹانکے لگا دینے چاہئیں۔ رحمی عضلہ کی پوری موٹائی میں سے انٹرپٹڈ (interrupted = مقطوع) ٹانکے گذار کر ان کو گرہ دے دی جاتی ہے، اور پیریٹونیل (باریطونی) کناروں کو باہم قریب لانے کے لئے باریک ترکیٹگٹ (catgut) کے مسلسل ٹانکے استعمال کیئے جاتے ہیں۔

بہت سی اصابتوں میں چونکہ موثر طور پر ٹانکے لگانا دشوار بلکہ تقریباً ناممکن ہوتا ہے، لہٰذا ہسٹریکٹومی (رحم برآری) کے ذریعہ علاج کیا جاتا ہے۔ چونکہ رحم کے سرایت زدہ ہونے کا امکان بہت ہوتا ہے، اس لئے ہسٹریکٹومی (رحم براری) زچہ کی صحتیابی کا بہترین موقع بہم پہنچاتی ہے، اور ساتھ ہی ایک ایسے عضو کو دور کر دیتی ہے جو شاید مریضہ کے لئے کسی آئندہ حمل میں خطرناک ثابت ہوتا۔

رحم کا حاد ان ورشن (INVERSION = ازتکاس)

اگر وضع حمل کے دوران میں رحم کا ان ورشن (ازتکاس) ہو جائے تو اس کو رحم کا

حاد ان ورشن (ارتکاس) کہتے ہیں۔

اس حالت میں رحم کا جسم کم و بیش مکمل طور پر الٹ جاتا ہے یعنی اس کی اندرونی سطح بیرونی بن جاتی ہے۔ یہ وضع الحمل کی ایک شاذ پیچیدگی ہے یعنی روٹنڈا (Rotunda) ہسپتال ڈبلن (Dublin) میں ہر ۱۵۰۰۰ ولادتوں میں اس کی صرف ایک اصابت دیکھی گئی ہے۔ ان ورشن (ارتکاس) کے تین درجے ہو سکتے ہیں :—

۱۔ وہ درجہ جبکہ فنڈس (قعر) رحم میں ابھر آتا ہے لیکن آس (فم) سے باہر بروز نہیں کرتا۔

۲۔ وہ درجہ جب کہ فنڈس (قعر) آس (فم) سے باہر بروز کرتا ہے۔

۳۔ وہ درجہ جب کہ ان ورٹڈ (inverted = مرتکس) جسم آس (فم) میں سے سارے کا سارا گذر جاتا ہے۔

آخری دو درجوں میں فنڈس (قعر) ولوا (فرج) میں سے پرولیپسڈ (ساقط) ہو کر جسم سے باہر آ رہتا ہے۔ ان ورشن (ارتکاس) پلیسنٹا (مشیمہ) کی علیحدگی سے قبل واقع ہوتا ہے یا اس کے بعد۔

سبب

رحم کا ان ورشن (ارتکاس) پیدا ہونے کے لئے یہ ضروری ہے کہ دیوار رحم اور پلیسنٹا (مشیمہ) کے فنڈل اٹیچ منٹ (fundal attachment = قعری چپکاؤ) میں ارتخاء یا اٹرشیا (جمود) پایا جائے۔ ان ورشن (ارتکاس) خود بخود واقع ہو سکتا ہے۔ یعنی رحم کا وہ حصہ جس کے ساتھ پلیسنٹا (مشیمہ) چپکا ہوا ہے جب مرتخی ہو جاتا ہے تو اس کو رحم کے باقی حصہ کا کانٹریکشن (انقباض) گرفت کر لیتا ہے اور نیچے لے آتا ہے، باقی حصہ اس لئے ہیجان میں آتا ہے کہ اس میں فنڈس (قعر) موجود ہوتا ہے۔ جو کہ ایک جسم غریبہ کا کام دیتا ہے، نیز مریضہ اپنی حزقی کوششوں سے ان ورشن (ارتکاس) میں مدد دیتی ہے۔ اس کے علاوہ دردوں کے درمیانی وقفہ میں آلہ سے ولادت کرانے 454
میں اگر چھوٹا یا نسبتہً چھوٹا کارڈ (حبل) کھینچ جائے تو اس طرح بھی ورشن (ارتکاس)

شروع ہو سکتا ہے۔

ان ورشن (ارتکاس) اس طرح بھی پیدا ہو سکتا ہے کہ اس وقت جب کہ رحم مرتخی ہو پلیسنٹا (مشیمہ) کو دبا کر نکالنے کی نامصلحت اندیشانہ کوشش کی جائے یا کارڈ (جبل) کو کھینچا جائے۔ ان ورشن (ارتکاس) واقع ہونے کا ایک سبب یہ بھی ہے کہ کسی مرضی طور پر منضم پلیسنٹا (مشیمہ) کو اس وقت جب کہ رحم مرتخی ہوتا ہے کھینچنے کی کوشش کی جاتی ہے۔

ان ورشن (ارتکاس) بالعموم ولادت کے تھوڑی ہی دیر بعد واقع ہوتا ہے۔ اگر اس سے زیادہ دیر بعد نظر آئے تو گمان غالب یہ ہے کہ یہ تیسرے درجہ میں شروع ہوا تھا اور اس کے نمویاب ہونے میں کچھ عرصہ لگا ہے۔

علامات

بڑی بڑی علامات، صدمہ اور ہیمریج (نزف) ہیں۔ صدمہ کے ساتھ درد، غشی، بڑھتی ہوئی رفتار نبض، اور قے بھی پائی جاتی ہے۔ ہیمریج (نزف) کی مقدار اختلاف پذیر ہے اور اس امر پر موقوف ہوتی ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) جدا ہوا ہے یا نہیں۔ اگر ان ورشن (ارتکاس) کا آغاز آہستہ ہو تو صدمہ تھوڑا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ کچھ دیر تک حالت دریافت نہ ہو۔ جن مریضات کا علاج نہیں کیا جاتا وہ سپ سس (عفونت) اور ہیمریج (نزف) کے تشویشناک خطرہ میں پڑتی ہیں۔ سپ سس (عفونت) کی عدم موجودگی میں ان وولیوشن (involution = حکش) طبعی طور پر عمل میں آتا ہے۔

انذار

اگر مریضہ ابتدائی صدمہ اور ہیمریج (نزف) سے صحتیاب ہو جائے تو وہ بعد ازاں سپٹک ان فیکشن (septic infection = عفونتی سرایت) اور مسلسل ہیمریج (نزف) کے اثرات سے جاں بحق ہو جاتی ہے۔

تشخیص

اگر مکمل ان ورشن (ارتکاس) ہو تو پلیسنٹا (مشیمہ) کی علیحدگی سے قبل تشخیص آسان ہوتی ہے۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کی علیحدگی کے بعد ان ورٹڈ فنڈس (inverted fundus = منعکس قعر) کو اس شبہ میں کاٹ دیا گیا ہے کہ یہ فائبرائڈ پالیپس (fibroid polypus = لیفی سدانہ) ہے۔ تشخیص میں شکمی امتحان سے مدد لینی چاہیئے، اگر ہائپوگیسٹریم (hypogastrium = خثل) میں معمولی سخت رحم موجود نہ ہو تو نوعیت مرض ظاہر ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات فنڈس (قعر) کے مقام پر ایک فنجان نما انخفاض محسوس ہوتا ہے (تصویر ۱۸۸)۔

علاج

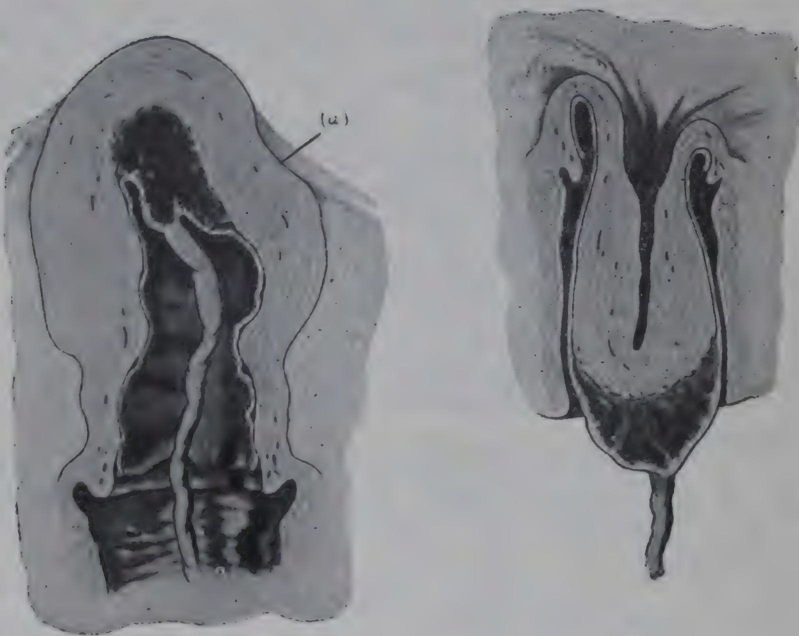
رحم کے حاد ان ورشن (ارتکاس) میں دو چیزیں مریضہ کی زندگی کو معرض خطر میں ڈالتی ہیں، یعنی صدمہ اور ہیمرج (نزف) جن میں سے اول الذکر کہیں زیادہ اہم ہے۔ علاج تمامتر اس امر پر موقوف ہے کہ صدمہ کس درجہ کا ہے۔ کسی صدمہ میں مبتلا شدہ مریضہ کے ان ورٹڈ (منعکس) رحم کی بحالی کی کوشش کرنا انتہائی طور پر قابل مذمت ہے، کیونکہ اگر ان ورشن (ارتکاس) درست ہو بھی جائے تو بھی اس کے بعد مریضہ مر جاتی ہے۔

اگر مریضہ کو ہیمرج (نزف) ہو، خواہ یہ صدمہ کے ساتھ ہو یا اس کے بغیر، تو پچوٹری ایکسٹریکٹ (pituitary extract = خلاصہ نخامیہ) مارفیا کے ساتھ ملا کر زیر جلدی طور پر استعمال کرانا چاہیئے۔ اگر پلیسنٹا (مشیمہ) رحم کے ساتھ ہنوز جزوی طور پر چپکا ہوا ہو تو اسکو اس سے علیحدہ کر لینا چاہیئے، اور بازکشیدگی میں مدد دینے کی غرض سے پلیسنٹل سائٹ (placental site = مقام مشیمہ) پر گرم ڈوش (douche = منطول) استعمال کر کے حرارت پہنچانی چاہیئے۔ 455

اگر ہیمرج (نزف) موجود نہ ہو تو علاج کا مقصد صرف صدمہ کا ازالہ ہوتا ہے۔ ہمیشہ پہلے مارفیا (morphia) کا اشراب کرنا چاہیئے۔ سیلائن انفیوژن (saline infusion = ملحی تصفیق) زیر جلدی طور پر دیا جاتا ہے اور اگر صدمہ شدید ہو تو درون وریدی

طور پر دیا جاتا ہے۔ صدمہ کا ازالہ ہو جانے کے بعد، یا ان شاذ صورتوں میں جن میں صدمہ موجود نہیں ہوتا فاعلانہ علاج شروع کیا جا سکتا ہے۔

ولوا (فرج) اور ویجائنا (مہبل) کو کسی دافع عفونت لوشن (lotion = غسول) سے صاف کیا جاتا ہے، اور اگر پلیسنٹا (مشیمہ) ہنوز چپکا ہوا ہو تو اس کو جدا کر دیا جاتا ہے، کیونکہ اس سے



تصویر ۱۸۸۔ رحم کا ان ورشن (ازنکاس)

الف۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کا فنڈل (قعری) چپکاؤ نظر آتا ہے، اور مقدمی دیوار پر اس جگہ جہاں (ا) ان ورشن (ازنکاس) شروع ہو رہا ہے ایک فجوہ موجود ہے۔

ب۔ ان ورشن (ازنکاس) تقریباً مکمل ہو گیا ہے اور گول مول فنڈس (قعر) کی بجائے ایک پیالہ نما انخماص نظر آتا ہے۔

وہ تو وہ کہ جس کو بحال کرنا ہوتا ہے جسامت میں گھٹ جاتا ہے۔ اگر مریضہ کی حالت اس کی اجازت دے تو مریضہ کو عدیم الحس کرنا چاہیئے جو کہ ترجیحی طور پر ایتھر (ether) کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔ ایک ہاتھ سے پیٹ پر تقابلی دباؤ ڈالا جاتا ہے، اور دوسرے ہاتھ سے فنڈس (قعر) کو مسلسل اوپر دبایا جاتا ہے لیکن فنڈس (قعر) کو بھینچنا چاہیئے، دھکیلنا نہیں چاہیئے مبادا یہ دب جائے کہ جس سے مضیق حصہ میں سے دو کی بجائے چار رحمی تہیں گذرنے کی ضرورت ہو جاتی ہے۔ جب بحالی کی تکمیل ہو جائے تو رحم کے اندر کو صاف کرنے اور بازکشیدگی میں مساعدت کرنے کے لئے گرم درول رحمی ڈوش (نطول) استعمال کرنے چاہئیں۔ بعض اوقات توضیع نامکمل رہنے سے یہ حالت عود کر آتی ہے۔ اس صورت میں ان ورشن (ارتکاس) کی مکمل طور پر ترجیع کرنی چاہیئے اور رحم کو خوب دلک کرنا چاہیئے تاکہ بازکشیدگی قائم رہے۔ 456

اگر یہ حالت اس وقت دریافت ہو جبکہ وضع حمل کو چند دن گزر چکے ہوں، تو کوئی این ایستھیٹک (anæsthetic = معدم حس) استعمال کرانا چاہیئے اور توضیع کی ایک بلکی سی کوشش کرنی چاہیئے۔ اگر یہ کوشش ناکام رہے تو گرم مہبلی ڈوشز (douches = نطولات) آزمانے چاہئیں، کیونکہ دیکھا گیا ہے کہ اس طریقہ سے جزوی ان ورشن (ارتکاس) کی ترجیع ہو سکتی ہے۔ اگر ڈوشز (نطول) بھی ناکام رہیں تو انتظار کرنا چاہیئے، یہاں تک کہ ان وولیوشن (involution = حکش) کی تکمیل ہو جائے، اور پھر کسی اوزار مثلاً ایولنگز ریپازیٹر (Aveling's repositor = ایولنگ کے آلۂ توضیع) کے ذریعہ فنڈس (قعر) پر مسلسل دباؤ ڈالنا چاہیئے۔ اگر اسے صحیح طور پر لگایا جائے تو یہ ان ورشن (ارتکاس) کی ترجیع کرنے میں ہمیشہ کامیاب ثابت ہوتا ہے۔

رحم کے مزمن ان ورشن (ارتکاس) کا علاج "امراض النساء" کی کتاب میں ملیگا۔

جینٹل قنال (genital canal = تناسلی قنال) کی لیسریشنز (درید گیاں)

سروکس (عنق) کی لیسریشنز (درید گیاں)۔ سروکس (عنق) کی لیسریشنز (درید گیاں) کثرت سے واقع ہوتی ہیں۔ جس کا ثبوت اس امر سے ملتا ہے کہ اکثر صاحب اولاد عورتوں کا

سروکس (عنق) کم و بیش پھٹا ہوا ہوتا ہے، لیکن اس کے باوجود یہ لیسریشنز (دریدگیاں) اکثر نظر انداز ہو جاتی ہیں کیونکہ شاذ و نادر ہی ایسا ہوتا ہے کہ وہ فوری علامات کا موجب ہوں۔

سروکس (عنق) کی وسیع لیسریشنز (دریدگیاں) پرسپی ٹیٹ لیبر (precipitate labour = وضع حمل معجلہ) میں واقع ہوتی ہیں، یا ایسے سروکس (عنق) میں جس میں کوئی سابقہ ندبہ موجود ہو، یا جب ایک ناکافی طور پر متسع سروکس (عنق) میں سر پر فارسیپز (کلاب) لگا کر زوردار ٹریکشن (جر) عمل میں لایا جائے، یا جب ایک نامکمل طور پر متسع سروکس (عنق) میں سے آفٹر کمنگ (پس آئند) سر کی سرعت کے ساتھ ولادت کرائی جائے۔

اگر سروکس (عنق) عمیق طور پر لیسریٹڈ (lacerated = دریدہ) ہو تو وضع حمل کے تیسرے درجہ میں مسلسل ہیمریج (نزف) واقع ہوتا ہے، باوجودیکہ رحم کا جسم خوب بازکشیدہ ہوتا ہے۔ یہ ہیمریج (نزف) اس وقت تک جاری رہے گا جب تک کہ لیسریشن (دریدگی) کو ٹانکے نہ لگائے جائیں یا جب تک کہ کسی اور خاطر خواہ طریقے مثلاً گرم ڈوش (نطول) سے یا ولسلم فارسیپز (vulsellum forceps = منشاشی کلاب) کے ذریعہ دباؤ ڈال کر اس کا علاج نہ کیا جائے۔

اگر چاک کو ٹانکے لگانا ضروری ہو، تو مریضہ کی عدم حسیت کی جاتی ہے اور سروکس (عنق) کے اگلے اور پچھلے لبوں کو ولسلم فارسیپز (منشاشی کلاب) سے پکڑ کر خوب نیچے کھینچا جاتا ہے۔ پھر ان ٹریٹڈ (interrupted = مقطوع) ٹانکے لگائے جاتے ہیں، جو سروکس (عنق) کی پوری موٹائی میں سے گذرتے ہیں۔ یہ قرین مصلحت ہے کہ پہلے اوپر کا ٹانکا گذارا جائے۔ جب ٹانکوں کو گرہ دے دی جاتی ہے تو ہیمریج (نزف) موقوف ہو جاتا ہے۔ اکثر اصابتوں میں گرم ویجائنل ڈوش (مہبلی نطول) کے ذریعہ ہیمریج (نزف) بند ہو جاتا ہے، یا شدید تر اصابتوں میں اس وقت بند ہوتا ہے جب کہ پھٹی ہوئی سطحات کو ولسلم فارسیپز (منشاشی کلاب) کے ذریعہ باہم دبا دیا جائے (تصویر ۱۸۹)۔

پرینیم (عجان) اور ویجائنا (مہبل) کی لیسریشنز (دریدگیاں)۔ پرینیم (عجان) اور ویجائنا (مہبل) کی لیسریشنز (دریدگیاں) کثرت سے واقع ہوتی ہیں اور پرمی پیرا (اول الولادت زچاؤں) میں طبعی وضع حمل کا نتیجہ ہوتی ہیں، یا ملٹی پیرا (کثیر الولادت زچاؤں)

ہیں کسی غیر طبعی پریزنٹیشن (تطریق) مثلاً وجہی یا بریح (سرینی) کا یا ورٹکس (قمہ) کی عقبی وضع کا نتیجہ ہوتی ہیں۔ ان کی روک تھام کے لئے دیکھو صفحہ 286 ۔



تصویر ۱۸۹ ۔ ایک سروکس (عنق) کی لیسریشن (دریدگی) کو کیٹ گٹ (تانت) کے منقطع ٹانکوں کے ذریعہ مرمت کرنا۔
وضاحت کی خاطر سروکس (عنق) کو باہر لا کر دکھایا گیا ہے۔

457 پہلی قسم کی لیسریشن (دریدگی) پرینیم (عجان) کے مقدمی حصہ اور ویجائنا (مہبل) کی عقبی دیوار میں واقع ہوتی ہے، لیکن اگر شفرتین کو کھول کر حصص کا معائنہ نہ کیا جائے تو ممکن ہے یہ لیسریشن (دریدگی) نظرانداز ہو جائے۔ ویجائنا (مہبل) کے اندر کا چاک جانبی سمت میں، اور کچھ دور تک عقبی ویجائنل (مہبلی) دیواریں اوپر کو پھیلا ہوا ہوتا ہے، (تصویر ۱۸۹)۔

علاج

پہلے ویجائنل (مہبلی) چاک کو کیٹ گٹ (تانت) کے منقطع ٹانکوں کے ذریعہ سیا جاتا ہے جو کہ بالکل نیچے لیسریشن (دریدگی) کے قاعدہ تک جاتے ہیں۔ بعد میں پرینیم (عجان) کے چاک کو بھی اسی طرح سلک ورم گٹ (silkworm gut = ریشمی تانت) یا موٹی کیٹ گٹ (تانت) کے ذریعہ سی دیا جاتا ہے۔

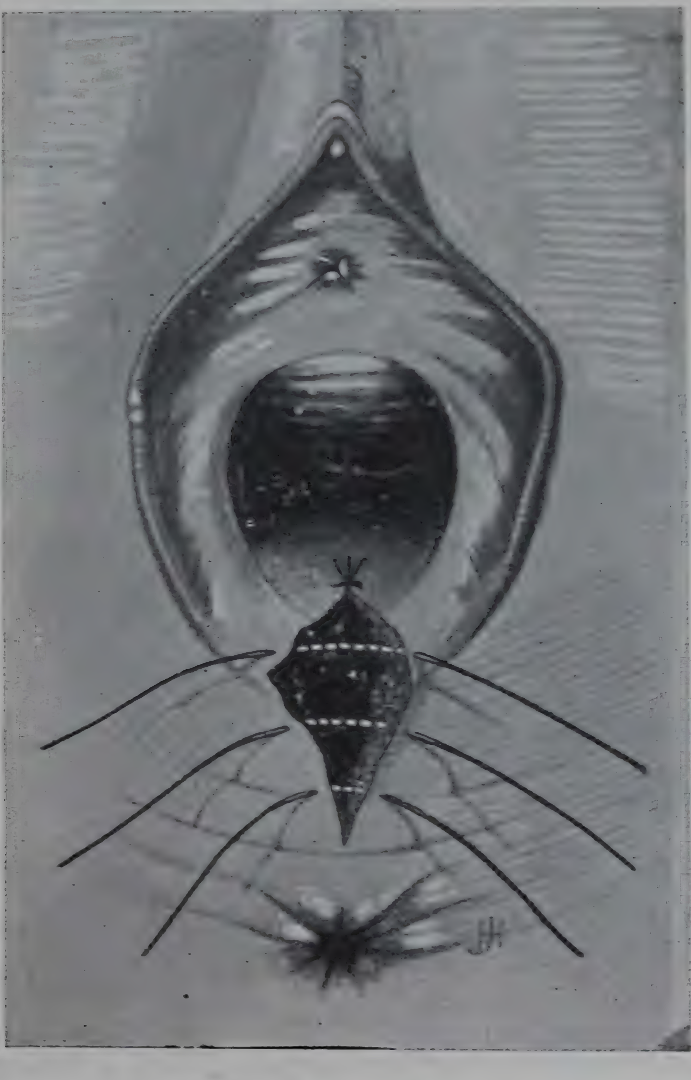
458 دوسری قسم کا چاک پرینیم (عجان) کو اکسٹرنل سفنکٹر (external sphincter = بیرونی عاصرہ) تک متاثر کرتا ہے اور ساتھ ہی ویجائنا (مہبل) میں ایک متناظر چاک ہوتا ہے۔ اس لیسریشن (دریدگی) کو بھی اسی طرح سی دیا جاتا ہے کہ جس طرح مذکورہ بالا کو سیا جاتا ہے۔ مذکورہ بالا دونوں لیسریشنز (دریدگیوں) کو پلیسنٹا (مشیمہ) کی علٰحدگی سے پہلے ہی سیا جاسکتا ہے، ٹانکوں کو آرٹری فارسیپز (artery forceps = شریانی کلاب) کے ذریعہ شکنجہ لگا دیا جاتا ہے اور گرہ تیسرے مرحلہ کے بعد دی جاتی ہے۔ اس طریقہ سے یہ ممکن ہو جاتا ہے کہ اس وقت جب کہ مریضہ کلوروفارم (chloroform) کے زیر اثر ہو (تصویر ۱۹۰) ٹانکے داخل کر دیئے جائیں، لیکن باندھے نہ جائیں۔ چنانچہ اس کے بعد اگر پلیسنٹا (مشیمہ) کو ہاتھ سے نکالنے کی ضرورت پڑے، تو یہ ٹانکے بافت کو پھاڑ کر نکل نہیں جاتے اور دوبارہ ٹانکے لگانے کی ضرورت نہیں پڑتی۔

459 تیسری قسم کی لیسریشن (دریدگی) زیادہ وسعت رکھتی ہے اور سفنکٹر اینائی (sphincter ani = عاصرۃ المبرز) کے چاک پر شامل ہوتی ہے اور بسا اوقات ریکٹم (rectum = معاء مستقیم) میں ایک یا زیادہ انچ تک جاتی ہے۔ اس کو پرینیم (عجان) کی

مکمل لیسریشن (دریدگی) کہتے ہیں۔

علاج

اس چاک کو ٹھیک ٹھیک سینے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ایک عمدہ روشنی ہو اور



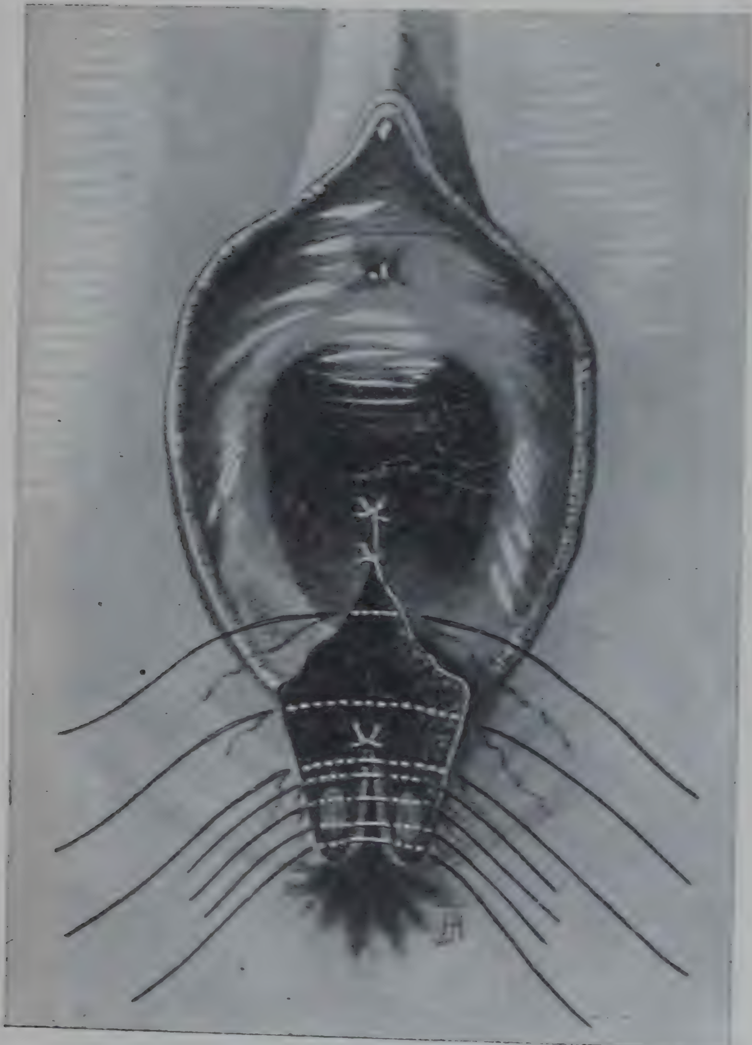
تصویر ۱۹۰۔ پرینیم (عجان) اور عقبی ویجائنل (مہبلی) دیوار کا چاک۔
ٹانکے گذارے جا چکے ہیں اور ان کو گرہ دی جانے والی ہے۔

میدان عملیہ کو ہیمرتیج (نزف) پوشیدہ نہ کئے ہو، لہذا پلیسنٹا (مشیمہ) کے اخراج کا انتظار کرنا ضروری ہے۔ اگر زچگی رات کے وقت ہو تو عقلمندی یہ ہے کہ اگلے دن تک انتظار کیا جائے جب کہ عمدہ روشنی اور کارگر امداد بہم پہنچ سکیگی، کیونکہ مریضہ کے مابعد آرام کے لئے



تصویر ۱۹۱ - پرینیم (عجان) اور ولوا (فرج) کے چاک کو ٹانکے لگانے کا طریقہ۔ ٹانکے چاک کی کل موٹائی کو شامل کرتے ہیں۔

یہ نہایت ہی ضروری ہے کہ ریکٹم (مستقیم) اور سفنکٹر (sphincter = عاصرہ) کو ٹانکے ٹھیک ٹھیک لگائے جائیں۔ اس جسامت کے چاک کو اس طریقہ پر ٹانکے لگانے کی کوشش کرنا جو کہ چھوٹے چاکوں کے لئے بتایا گیا ہے، بالکل بیکار ہے۔ مریضہ کی عدم حسیت کی جاتی ہے اور 460



تصویر ۱۹۲۔ پرینیم (عجان) کے ایک مکمل چاک کو ٹانکے لگانا۔ ریکٹل (مستقیمی) دیوار میں ایک ٹانکا بندھا ہوا ہے یہ بتانے کے لئے کہ گرہ پرینیل باڈی (عجانی جسم) میں ہے نہ کہ ریکٹم (معاء مستقیم) میں۔

اس کو لیتھاٹومی (lithotomy = حصاۃ شگاف) وضع میں لٹا دیا جاتا ہے اور حصوں کو دافع عفونت لوشن (lotion = غسول) سے خوب پچاراجاتا ہے۔ سب سے پہلے ریکٹم (معاءُ مستقیم) کے زخم پر توجہ دی جاتی ہے اور اسے باریک کیٹ گٹ (تانت) کے ٹانکوں سے ملا دیا جاتا ہے۔ ٹانکوں کو صرف عضلی طبقہ میں سے گذارا جاتا ہے، اور گرہیں پرینیم (عجان) کی سطح پر اس طرح باندھی جاتی ہیں کہ جس سے ریکٹم (معاءُ مستقیم) کے کٹے ہوئے کنارے، آنت کے درونہ کی جانب مڑ جاتے ہیں۔ پھر سفنکٹر (عاصرہ) کے اکٹھے ہوئے سروں کو متوسط موٹائی کی کرومک کیٹ گٹ (chromic catgut = کرومک ایسڈیافتہ تانت) کے دو ٹانکوں کے ذریعہ ملا دیا جاتا ہے، اور ایسے ٹانکوں سے جو پرینیل (عجانی) اور ویجائنل (مہبلی) سطحوں کو ملاتے ہوں عملیہ کی تکمیل کی جاتی ہے۔ پرینیل 461 باڈی (جسم عجانی) میں چند مدفون ٹانکے لگا دیئے جاتے ہیں جو لیویٹرز اینائی (levators ani = رافعات المبرز) کو ملاتے ہیں۔

یہ ایک نہایت ہی ضروری امر ہے کہ پرینیم (عجان) کی تمام لیسریشنز (دریدگیوں) کا فی الفور ٹانکے لگا کر علاج کر دیا جائے ورنہ ایک خام سطح باقی رہ جاتی ہے جو بے شمار عضویات کے لئے ایک نسل افزا زمین کا کام دیتی ہے، اور پیورپیریم (نفاس) کی سپٹک انفکیشن (عفونتی سرایت زدگی) کے لئے راستہ صاف کر دیتی ہے۔ گاہے پیورپیرل سپسس (نفاسی عفونت زدگی) کی اصابتوں کا آغاز پرینیم (عجان) اور ویجائنا (مہبل) کی لیسریشنز (دریدگیاں) سے ہی ہوتا ہے۔ عمیق لیسریشنز (دریدگیاں) کہ جن میں لیویٹرز اینائی (رافعات المبرز) شریک ہوں پلوک فلور (pelvic floor = حوضی فرش) کی کمزوری کا موجب ہوتی ہیں، کہ جس کی وجہ سے بعد میں ویجائنا (مہبل)، یا رحم کا پرولیپس (سقوط) ہو جا سکتا ہے۔

پرینیم (عجان) اور ویجائنا (مہبل) کی لیسریشنز (دریدگیاں) بالعموم بخوبی مندمل ہو جاتی ہیں، بشرطیکہ سطحوں کو صاف کیا جائے اور ٹانکوں کو اتنا گہرا گذارا جائے کہ وہ چاک کی پوری گہرائی پر حاوی ہو جائیں۔ وہ ٹانکے جو محض سطحات کو ملاتے ہیں بے کار ہی نہیں بلکہ اس سے بھی بدتر ہوتے ہیں، کیونکہ ٹانکوں کے پیچھے

ایک جیب سی رہ جاتی ہے جو جلد ہی تحلیل پذیر لوکیل ڈسچارج (lochial discharge = لوکیائی مواد) سے بھر جاتی ہے۔

لیسریشن (دریدگی) کی ایک شاذ قسم پرینیم (عجان) کے مرکزی چاک کے نام سے مشہور ہے، اس میں پریزنٹنگ (تظریقی) حصہ بزور باہر نکل آتا ہے اور ریکٹم (معاء مستقیم) اور فورشٹ (fourchette = قید الشفرتین) کے درمیان تولد ہوتا ہے۔ ایسے چاکوں کو مکمل بنایا جاتا ہے، یعنی درمیانی بافت کو ویجائنا (مہبل) تک کاٹ دیا جاتا ہے، اور پھر ان کو اس طرح جس طرح کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے ٹانکے لگا دیئے جاتے ہیں۔

شاذ اصابتوں میں پرینیل باڈی (عجانی جسم) کی بجائے ریکٹو ویجائنل سپٹم (recto-vaginal septum = مستقیمی مہبلی فاصل) پھٹ جاتا ہے اور سر ریکٹم (مستقیم) کی راہ سے تولد ہوتا ہے۔

ناسور

ناسور اس امر کا نتیجہ ہوتے ہیں کہ کسی اطالت پذیر وضع حمل کی صورت میں پریزنٹنگ (تظریقی) حصہ کا دباؤ پڑتا ہے، یا یہ عملیتی کارروائیوں کے دوران میں براہِ راست ضرب کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ بالعموم دباؤ سر کا ہوتا ہے کیونکہ بریچ (سرین) اتنی سخت نہیں ہوتی کہ مضر دباؤ ڈال سکے۔

اگر سر کو برم (لگر) سے اوپر دیر لگے، تو اطالت پذیر دباؤ کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رحمی دیوار، سمفزز پیوبس (symphysis pubis = ارتفاق عانہ) یا پرو مانٹری آف دی سیکرم (promontary of the sacrum = طنف عجز) پر لگ کر کوفتہ ہو جاتی ہے، لیکن اس سے ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے کہ ویزائکو یوٹرائن (vesico-uterine = مثانی رحمی) ناسور یا پیریٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) کی طرف نکلا ہوا پرفوریشن (perforation = انثقاب) پیدا ہو جائے، گو کہ گاہے ان میں سے کوئی ایک ناسور یا کوئی یوریٹرک (uretric = حالبی) ناسور پیدا ہو سکتا ہے۔ اس سے زیادہ عام یہ ہے کہ

کسی قدر (متوسط درجہ کے کانٹریکشن آف دی پیلوس (contraction of the pelvis= انقباض حوض) کے باعث' یا سر کی جسامت بڑی ہونے کے باعث' سر پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) کے اندر رُک جاتا ہے' اور اس کے دباؤ سے مقدمی ویجائنل (مہبلی) دیوار کا اغتشاث ہو کر ایک ویزائکو ویجائنل (vesico-vaginal= مثانی مہبلی) ناسور پیدا ہو جاتا ہے۔ مقدمی دیوار میں' عقبی دیوار کی بہ نسبت بہت زیادہ کثرت سے ناسور ہو جاتا ہے۔ عقبی دیوار کا ناسور صرف ایک بلاواسطہ ضرب سے پیدا ہو سکتا ہے' مثلاً فارسیپز (کلاب) کے کھسک



تصویر ۱۹۳۔ ناسوروں کی مقامیت ظاہر کرنے کے لئے تصویر۔
الف۔ ویزائکو یوٹرائن (مثانی رحمی) ناسور ۔ ج۔ یوریتھرو ویجائنل (مبالی مہبلی) ناسور
ب۔ ویزائکو ویجائنل (مثانی مہبلی) ناسور ۔ د۔ ریکٹو ویجائنل (مستقیمی مہبلی) ناسور
ج۔ ایک نہایت ہی شاذ قسم کا ناسور ہے اور الف اور ب کی طرح اس سے سلس البول نہیں ہوتا' صرف تبول کے دوران میں ویجائنا (مہبل) میں سے پیشاب قطرہ قطرہ ٹپکتا ہے۔

462 جانے سے یا کرینیا ٹومی (جمجمہ شگافی) جیسے تخریبی عملیات کے ذریعہ۔ ریکٹو ویجائنل (مستقیمی مہبلی) ناسور کا واحد عام سبب یہ ہے کہ پرینیم (عجان) کا کوئی مکمل چاک ریکٹو ویجائنل سپٹم (مستقیمی مہبلی فاصل) میں پھیل گیا ہو اور اس کے بعد صرف اس کا سطحی اور بیرونی حصہ مندمل ہو گیا ہو (تصویر ۱۹۳)۔

ممکن ہے ناسور کی موجودگی معلوم نہ ہو یہاں تک کہ وضع حمل کو چند دن گزر جائیں، اس کے بعد یہ پایا جاتا ہے کہ مریضہ کو سلس البول ہو گیا ہے یا اس کی اجابتیں ویجائنا (مہبل) میں نکل جاتی ہیں۔ امتحان کرنے پر ایک چھید پایا جاتا ہے جو مثانہ یا ریکٹم (مستقیم) میں نکلا ہوتا ہے۔ بالعموم یہ بافتی آتلاف سب سے زیادہ ویجائنل (مہبلی) سطح پر ہوتا ہے، اور بعض اوقات یہ ہوتا ہے کہ جب اس طرف کے زخم میں انگور بند ہو جاتا ہے تو ناسور بھی اچھا ہو جاتا ہے۔ لیکن بدقسمتی سے یہ نتیجہ ہمیشہ نہیں مترتب ہوتا، اور کسی آئندہ وقت میں ایک ترقیعی عملیہ انجام دینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس ناسور کو بند کرنے کی کوشش اس وقت تک نہیں کرنی چاہیئے جب تک کہ بچہ کی ولادت کے بعد کم از کم تین مہینے نہ گذر جائیں۔ بعض اوقات انشقاق رحم کے وقت مثانہ میں بھی کوئی چاک ہو جاتا ہے، اور اگر انشقاق رحم کا علاج عملیاتی تدابیر سے کیا جائے تو ساتھ ہی اس چاک کو بھی ٹانکے لگا دینے چاہئیں (دیکھو صفحہ 453)۔

463 ویجائنا (مہبل) اور ولوا (فرج) کا ہیما ٹوما (سلعۂ دمویہ)

سبب

یہ وضع حمل کی ایک شاذ پیچیدگی ہے، اور اس کا سبب یہ ہے کہ ویری کوس وینز (varicose veins = دوالی نما وریدیں) وضع حمل کے دوسرے درجہ کے دوران میں تناؤ کی زیادتی کے باعث مشقوق ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات اس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ فارسیپز (کلابی) ولادت میں تضرر لگ جاتا ہے، یا کوئی لیسریشن (دریدگی) کسی ورید کو پھاڑ دیتی ہے۔

علامات

بالعموم مریضہ ضرر کے آس پاس سخت درد کی شکایت کرتی ہے۔

امارات

وریدی انشقاق سے جو امارات پیدا ہوتی ہیں وہ بالعموم بچہ کے تولد ہونے کے بعد نظر کے سامنے آتی ہیں، کیونکہ سر کے مقابلی دباؤ سے کچھ وقت تک خون کا اخراج رکا رہتا ہے۔ شاذ طور پر یہ ہوتا ہے کہ تقدم کرتے ہوئے سر کے نیچے ایک ورم بن جاتا ہے۔ ورید بیرونی طور پر پھٹ جاتی ہے اور کھلا ہیمرتج (نزف) پیدا کرتی ہے، لیکن بالعموم یہ زیر جلدی طور پر پھٹتی ہے۔ اگر ورم کسی ابتدائی مرحلہ میں نظر پڑ جائے تو یہ دیکھا جاتا ہے کہ یہ بتدریج بڑا ہوتا ہوا ایک خاص جسامت تک پہنچ جاتا ہے، جس کے بعد وعائید خون کا تناؤ ہیمرتج (نزف) کو روکنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔

یہ ورم ایک الیم، متہیج تورّم ہوتا ہے، جو ارغوانی رنگ کا ہوتا ہے، اور بالعموم نیچے کی طرف پھیلتا ہوا ولوا (فرج) کے اس جانب یا مقابل کی جانب آ رہتا ہے۔ اس سے زیادہ شاذ طور پر یہ ہوتا ہے کہ منصب خون اوپر کی جانب اپنا راستہ بناتا ہے، اور ورم ویجائنا (مہبل) کے پہلو میں پایا جاتا ہے۔

نتائج

اگر خون کا انصباب بچہ کی ولادت سے پہلے واقع ہو، تو یہ بچہ کی ولادت میں ابطاء پیدا کرتا ہے۔ بعد ازاں یہ لوکیا (lochia) کے اخراج میں رکاوٹ پیدا کر سکتا ہے۔ بالعموم خون آخر کار جذب ہو جاتا ہے، لیکن بعض موقعوں پر یہ سرایت زدہ ہو جاتا ہے اور پھوڑا بن جاتا ہے۔

علاج

اگر انشقاق بچہ کی ولادت سے پہلے نظر پڑے، تو ولادت نہایت سرعت کے ساتھ

انجام دینی چاہیئے بشرطیکہ یہ بچہ یا ماں کی سلامتی کے منافی نہ ہو۔
اگر ورید بیرونی طور پر پھٹی ہو تو ہیمرج (نزف) کو دباؤ سے بند کرنے کی ضرورت ہوگی۔

اگر ورم کا تناؤ اس قدر زیادہ ہو کہ اس کے اوپر کی بافتوں کے انغثاث کا خطرہ ہو تو ورم میں شگاف دینا چاہیئے، اور تھکّے کو حتی الامکان نکال دینا چاہیئے، اور اگر پھٹی ہوئی ورید نظر آ جائے تو اس پر بندش لگا دینی چاہیئے۔

464 اگر ہیماٹوما (دموی سلعہ) متقیح ہو جائے، جس کا ثبوت اس کے اوپر کی بافتوں کے تہیج اور تپ سے ملتا ہے، تو ورم کو ولوا (فرج) کے جہاں تک ہو سکے نہایت ہی قریب، چیر دینا چاہیئے، اور پھر اس کی موثر طور پر میلیت قائم کر دینی چاہیئے۔

پیلوک ہیماٹوما (=PELVIC HÆMATOMA حوضی سلعہ دمویہ)

سبب

تناسلی خط کے پہلو بہ پہلو ایک ہیماٹوما (دموی سلعہ) کا بنجانا وضع حمل کی کوئی عام پیچیدگی نہیں ہے، تاہم جب کبھی یہ واقع ہوتی ہے تو تشویشناک ثابت ہوتی ہے۔ عام طور پر اس کی وہ قسم دیکھی جاتی ہے جو کہ ولوا (فرج) میں یا ویجائنا (مہبل) کے زیریں حصے میں محدود ہوتی ہے اور لیویٹرز اینائی (levators ani= رافعات المبرز) اور اس کی رداؤں کے لیول (level) سے نیچے ہوتی ہے۔ اس سے بہت شاذ تر اصابتوں میں ہیماٹوما (دموی سلعہ) لیویٹرز اینائی (رافعات المبرز) کے کچھ اوپر اور کچھ نیچے واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ براڈ لگامنٹ (broad ligament= رباط عریض) کے قاعدہ میں، یا مثانہ اور رحم کے درمیان یا ریکٹم (مستقیم) کے پہلو میں پھیل جائے۔ بہرحال خون کے انصباب کا سبب یہ ہوتا ہے کہ کوئی ورید، خواہ یہ پہلے ویری کوس (دوالی نما) ہو یا نہ ہو، متفرز ہو جاتی ہے۔ یہ تفرز بسا اوقات ورید کی دیوار کے پریشر نکروسز (pressure necrosis= ضغطی تنخر) کی نوعیت کا ہوتا ہے جس سے وہ وضع حمل سے قبل، یا اس کے دوران میں یا اس کے بعد

پھٹ جاتی ہے۔ سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ یہ ہوتا ہے کہ ہیمرج (نزف) وضع حمل کے فوراً بعد واقع ہوتا ہے، جب کہ ہیماٹوما (دموی سلعہ) چند گھنٹے یا چند دن بعد نظر پڑتا ہے۔ شاذ مثالوں میں یہ ہوا ہے کہ بافتیں حقیقی طور پر لیسیریٹڈ (دریدہ) ہوگئی ہیں، اور بعد میں کسی وریدسے ہیمرج (نزف) ہوکر ولوا (فرج) کی ڈھیلی بافتوں میں یا ویجائنا (مہبل) کے پہلو میں چلا گیا ہے۔ لیکن اکثر اصابتوں میں کوئی بیرونی لیسیریشن (دریدگی) کی پیچیدگی نہیں ہوتی جو کہ خوش قسمتی ہے، کیونکہ جب کبھی یہ ہوتی ہے تو ہیماٹوما (دموی سلعہ) کے سرایت زدہ ہونیکا امکان بہت زیادہ ہو جاتا ہے۔

علامات و امارات

جب کوئی ہیماٹوما (دموی سلعہ) ویجائنا (مہبل) کے زیریں سرے کے پہلو بہ پہلو پھیلا ہوا ہو تو یہ ایک نرم گندھے ہوئے آٹے کی طرح کا ورم معلوم ہوتا ہے، جو بیرونی طور پر نظر آنے والے ضرر کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ اگر خون کی وعا بدری لیویٹر زانیائی (رافعات المبرز) عضلہ سے اوپر تک پھیلی ہوئی ہو تو یہ صرف دو دستی امتحان کے ذریعہ محسوس کیجا سکتی ہے۔

پیلوک ہیماٹوما (حوضی سلعہ دمویہ) بالعموم بتدریج جذب ہو جاتا ہے، لیکن منصب شدہ خون کی مقدار کے لحاظ سے اس عمل میں کم و بیش وقت خرچ ہوتا ہے۔ گاہے خون کا تودہ، خاص کر اس وقت جب کہ اس کے ہمراہ چھوٹا سا بیرونی زخم بھی موجود ہو، سرایت زدہ ہوکر متقیح ہو جاتا ہے، لیکن یہ پیچیدگی ہونی ضروری نہیں ہے۔ نہایت ہی شاذ طور پر یہ ہوتا ہے کہ خون کا تودہ ایک کیسہ بند سلعہ بن جاتا ہے جو بڑی طویل مدت تک جوں کا توں قائم رہتا ہے۔ چند مندرجہ اصابتوں میں منصب شدہ خون کی مقدار اس قدر زیادہ تھی کہ مریضہ ہیمرج (نزف) سے ہی ہلاک ہوگئی، اگر ان اصابتوں سے قطع نظر کریں تو سب سے زیادہ تشویشناک پیچیدگی ہیماٹوما (دموی سلعہ) کی ان فیکشن (سرایت زدگی) ہے۔ تقریباً تمام مہلک اصابتیں اس امر کا نتیجہ تھیں کہ ہیماٹوما (دموی سلعہ) کی سپٹک ان فیکشن (عفونتی سرایت زدگی) سے سیپٹی سیمیا (septicæmia = عفونت الدم) ہوگیا۔ اس اعتبار سے، وہ دموی انصبابات سرایت زدہ ہونے اور ہلاکت پر ختم ہونے کا سب سے زیادہ رجحان رکھتے ہیں جو لیویٹر انیائی 465

(رافع المبرز) کے لیول سے اوپر تک پھیل گئے ہوں۔ غیر پیچیدہ اصابتوں میں درد اور تورم کے سوا کوئی علامت نہیں ہوتی، تاوقتیکہ ہیماٹوما (دموی سلعہ) اوپر پیلویس (حوض) میں پھیل کر مثانہ یا ریکٹم (مستقیم) کے کسی حصہ پر دباؤ نہ ڈالے۔ ان فیکشن (سرایت زدگی) اس طرح ظاہر ہوتی ہے کہ قشعر برات پائے جاتے ہیں، پسینہ آتا ہے اور لاغری اور شدید تپ موجود ہوتی ہے۔

علاج

اس ہیماٹوما (دموی سلعہ) کو جو اوپر کو براڈ لگامنٹ (رباط عریض) میں پھیلا ہوتا ہے، ممکن ہے ان فیکشن (سرایت زدگی) کے باعث شگاف دینے کی ضرورت پڑے۔ یہ شگاف ویجائنل (مہبلی) دیوار میں جہاں تک ہو سکے نیچے دینا چاہیئے، تاکہ پیدا شدہ کہفہ تک رسائی ہو سکے اور اس کو دھو کر صاف کیا جا سکے اور اس میں ایک بڑی مسیل نلی داخل کی جا سکے۔

466

باب سی و نُہ

انٹی پارٹم ہیمریج (ANTEPARTUM HÆMORRHAGE= قبل الولادتی نزف)

انٹی پارٹم ہیمریج (قبل الولادتی نزف) سے بالعموم وہ ادماء مراد لیا جاتا ہے کہ جو حمل کے آخری بارہ ہفتوں کے اندر، یا وضع حمل کے پہلے یا دوسرے درجہ کے دوران میں پلیسنٹل سائٹ (placental site = مشیمی مقام) سے واقع ہو۔ اُس ہیمریج (نزف) کو جو کہ حمل کے اٹھائیسویں ہفتہ سے قبل واقع ہوتا ہے، عام طور پر اس عنوان سے جماعت بند کیا جاتا ہے کہ یہ ایبارشن (اسقاط حمل) کا نتیجہ ہے۔ یہ جماعت بندی محض سہولت کی نظر سے ہے سائنٹفک نہیں، کیونکہ یہ صاف نظر آتا ہے کہ اگر کسی مریضہ کو لوئر یوٹرائن سگمنٹ (رحم کے زیریں قطعہ) پر واقع شدہ پلیسنٹا کی علٰحدگی سے ادماء ہو اور اس کو حمل کے چھبیسویں ہفتہ میں دیکھا جائے تو بیان کیا جائے گا کہ وہ ایبارشن (اسقاط حمل) کی کسی شکل میں مبتلا ہے، لیکن اسی مریضہ کو ایک مہینہ بعد اَن اوائڈیبل ہیمریج (unavoidable hæmorrhage= ناگزیر نزف) کی مریضہ کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

اس کے علاوہ ایسا ہیمریج (نزف) بھی واقع ہوسکتا ہے جو پلیسنٹل سائٹ (مشیمی مقام) سے نہ ہو، مثلاً یہ ہیمریج (نزف) سروکس (عنق) کے کینسر (سرطان) یا پالیپس (polypus= سعدانہ) سے، یا ولوا (فرج) کی ویرکس (دوالی) سے، یا شاذ مثالوں میں، رحم کے انشقاق سے واقع ہوسکتا ہے۔ یہ تمام حالتیں حمل اور وضع حمل کے

دوران میں ہیمریج (نزف) واقع کرسکتی ہیں، لیکن یہ وہ ہیمریج (نزف) نہیں جو کہ "انٹی پارٹم ہیمریج (قبل الولادتی نزف)" کا لفظ استعمال کرتے وقت ایک ماہر قبالت کے ذہن میں ہوتا ہے۔

متذکرہ بالا تعریف کو مدنظر رکھتے ہوئے انٹی پارٹم ہیمریج (قبل الولادتی نزف) کو دو گروہوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔

۱۔ وہ ہیمریج (نزف) جو کہ رحم کے اپر سیگمنٹ (بالائی قطعہ) پر واقع شدہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے جزوی طور پر علٰحدہ ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسے ایکسیڈنٹل ہیمریج (=accidental hæmorrhage اتفاقی نزف) کہتے ہیں۔

۲۔ وہ ہیمریج (نزف) جو کہ لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) پر غیر طبعی طور پر واقع شدہ پلیسنٹا [پلیسنٹا پریویا (placenta prævia= مشیمہ متقدم)] کے جزوی طور پر علٰحدہ ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسے اَن ایوائڈیبل ہیمریج (ناگزیر نزف) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔

"ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف)" اور "ان ایوائڈیبل ہیمریج (ناگزیر نزف)" کی مصطلحات کو اٹھارویں صدی کے اختتام پر رگبی (Rigby) نے رواج دیا تھا۔ اس وقت تک انٹی پارٹم ہیمریج (قبل الولادتی نزف) کی اصابتوں میں کوئی تفریق قائم نہیں ہوئی تھی، لیکن رگبی نے یہ ثابت کردکھایا کہ جن اصابتوں میں ادمار واقع ہوتا ہے وہ دو قسم کی ہوتی ہیں۔

ایک گروہ میں پلیسنٹا (مشیمہ)، طبعی طور پر، اپر سیگمنٹ (بالائی قطعہ) میں واقع ہوتا ہے۔ اس میں وضع حمل اس کے بغیر ترقی پاسکتا ہے کہ ہیمریج (نزف) واقع ہو، تاہم شاذ اصابتوں میں بغیر کسی بدیہی وجہ کے خون نکل جاتا ہے، اور یہ واقعہ درحقیقت بے سان وگمان یعنی "ایکسیڈنٹل (اتفاقیہ)" ہوتا ہے۔

اصابتوں کے دوسرے گروہ میں پلیسنٹا (مشیمہ) اس طرح سے واقع ہوتا ہے کہ بچہ کے باہر نکلنے کے لئے لوئر سیگمنٹ (زیریں قطعہ) کا اتساع نہیں ہوسکتا تاوقتیکہ ہر اصابت میں لازمی طور پر ہیمریج (نزف) بھی واقع نہ ہو۔ یہ ہیمریج (نزف) ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) کی ضد ہے، یعنی یہ لابدی ہے۔ لہٰذا لفظ "ایکسیڈنٹل" وہ اکسیڈنٹل نہیں کہ 467

جس سے کسی صریح ضرب کا مفہوم لیا جاتا ہے، گو کہ صریح ضرب بھی نزف کا ایک شاذ سبب ضرور ہے۔ اس امر کا اعادہ کرنا ضروری ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کا نیچے چپکا ہونا یا ایک طبعی طور پر واقع شدہ پلیسنٹا (مشیمہ) کا علیحدہ ہونا، حمل کے ابتدائی مہینوں میں بھی ہیمرج (نزف) کے عام اسباب ہیں۔ ایبارشن (اسقاط حمل) کی ان اصابتوں کی جن میں سریری نقطۂ نگاہ سے تشبیب مُبہم ہو، ایک معتد بہ تعداد ان ہی کی ہوتی ہے۔

ان دونوں قسموں کے درمیان تفریقی تشخیص کرنا اس لئے ضروری ہے کہ ان ایوائڈیبل ہیمرج (ناگزیر نزف) کی اصابتوں میں فعال تدابیر کی نہایت شدید ضرورت ہوتی ہے۔ جب متوالی ہیمریجز (hæmorrhages = نزفات) ہوں، خاص کر ایک میعاد کے قریب پہنچی ہوئی عورت میں، اور قطعی تشخیص ممکن نہ ہو، تو اس کا علاج ان ایوائڈیبل ہیمرج (ناگزیر نزف) کی اصابت سمجھ کر کرنا چاہیئے۔

ایکسیڈنٹل ہیمرج (ACCIDENTAL HAEMORRHAGE = اتفاقی نزف)

اقسام

۱۔ بیرونی۔

۲۔ پوشیدہ
- (ا) ریٹرو پلیسنٹل ہیماٹوما (retro-placental hæmatoma = پس مشیمی سلعہ دمویہ)
- (ب) ریٹرو ممبرینس ہیماٹوما (retro-membranous hæmatoma = پس غشائی سلعہ دمویہ)
- (ج) انٹرا ایمنیاٹک ہیمرج (intra-amniotic hæmorrhage = دروں انفسی نزف)

۳۔ مخلوط

چپکے ہوئے پلیسنٹا (مشیمہ) کا کچھ حصہ رحم سے جدا ہو جاتا ہے، اس کی وجہ سے یوٹرائن بلڈ سائنس (uterine blood-sinus = رحمی دموی جوف) کی دیوار کا کچھ حصہ

الگ ہو جاتا ہے اور مفتوح سائنس (sinus = جوف) سے خون جاری ہو جاتا ہے۔ یہ خون اغشیہ اور دیوار رحم کے درمیان گھس جاتا ہے اور یا تو سروکس (عنق) پر نکل آتا ہے [اکسٹرنل ایکسیڈنٹل ہیمرہج (بیرونی اتفاقی نزف)] یا یوٹرائن کیویٹی (کہفہ رحم) کے اندر ہی رہتا ہے [کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمرہج (پوشیدہ اتفاقی نزف)]۔ آخرالذکر حالت کو اس امر کے لحاظ سے کہ خون کے نکلنے کا ٹھیک ٹھیک محل کیا ہے ذیل کے اقسام میں تقسیم کیا جا سکتا ہے:

۱۔ ریٹروپلیسنٹل ہیماٹوما (پس مشیمی سلعہ دمویہ)، اس میں خون پلیسنٹا (مشیمہ) کے پیچھے بند ہوتا ہے اور پلیسنٹا (مشیمہ) کا محیط رحم کی دیوار کے ساتھ منضم ہوتا ہے۔

۲۔ ریٹرومیمبرینس ہیماٹوما (پس غشائی سلعہ دمویہ)، اس میں بھی خون، اغشیہ کے پیچھے اسی طرح بند ہوتا ہے اور انٹرنل آس (اندرونی فم) کے مقام پر اغشیہ، رحم کے ساتھ منضم ہوتے ہیں۔

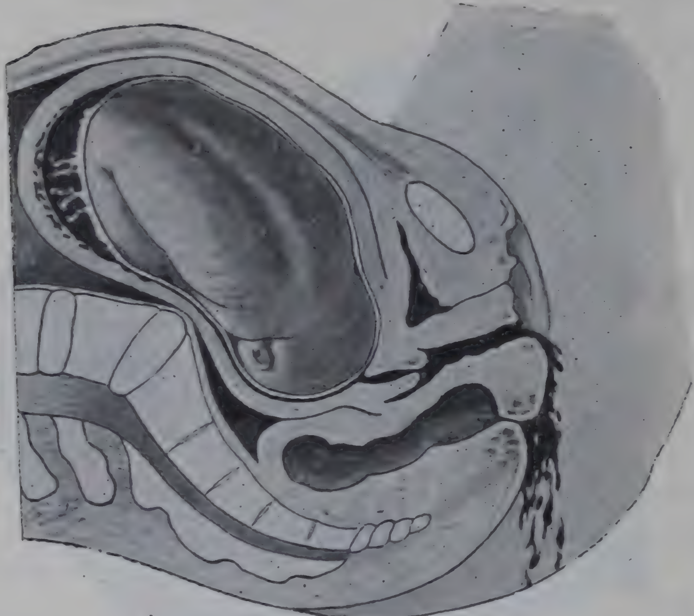
۳۔ انٹراایمنیاٹک ہیمرہج (درون انفسی نزف)، اس میں اغشیہ پھٹ جاتے ہیں اور خون لائکر ایمنیائی (رطل) کے ساتھ گھل مل جاتا ہے۔

اکثر اوقات ہیمرہج (نزف) جزوی طور پر پوشیدہ اور جزوی طور پر بیرونی ہوتا ہے، اسے مخلوط پوشیدہ اور بیرونی ہیمرہج (نزف) کہا جاتا ہے۔

سبب

سرسری نقطۂ نگاہ سے دو مختلف قسم کی اصابتوں میں تفریق قائم کی جا سکتی ہے، 468
پہلی قسم کے ہمراہ ٹاکسیمک البیومن یوریا (toxæmic albuminuria = تسمم الدموی البولی البولیت) پایا جاتا ہے، اور دوسری قسم میں پیشاب میں البیومن بالکل نہیں پایا جاتا۔ بغیر البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی اصابتوں میں جب چپکے ہوئے پلیسنٹا (مشیمہ) کی رحمی دیوار سے علیحدگی واقع ہوتی ہے تو بسا اوقات اس کا کوئی بدیہی سبب ہوتا ہے۔ مثال کے طور پر دن بھر سخت دستی مشقت کرنا، پیٹ پر کوئی ضرب لگنا، سقطہ یا صدمہ اس کا سبب ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے رحم میں فائبرائیڈز (fibroids = لیفیات) پائے جائیں، یا شاذ صورتوں میں،

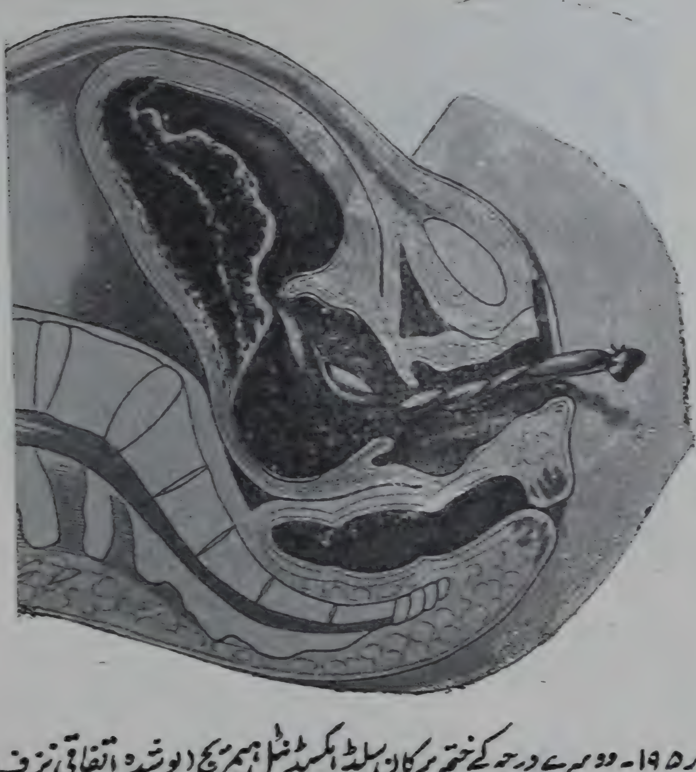
دوران وضع حمل میں کارڈ حبل) کے غیر طبعی طور پر چھوٹا ہونے کی وجہ سے پلیسنٹا (مشیمہ) کھنچ جاتا ہے اور الگ ہوجاتا ہے۔ ان مثالوں میں رحم بالکل اچھی طرح منقبض ہونے کی قابلیت رکھتا ہے اور وعاید رخون کو خارج کر دیتا ہے، لہٰذا ہیمریج (نزف) کا رجحان یہ ہوتا ہے کہ یہ بیرونی قسم کا ہوتا ہے۔ اسیطرح مریضائیں بھی علاج کی اچھی طرح مجیبیت کرتی ہیں۔ خون زیادہ مقدار میں ضائع ہونا شاذ ہے، اور بالعموم ماں کے لئے انذار عمدہ ہوتا ہے۔



تصویر ۱۹۴۔ اکسٹرنل ایکیڈنٹل ہیمریج (بیرونی اتفاقی نزف)

اکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) کی ٹاکسیمک (تسمم الدموی) اصابتوں کے ہمراہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) یا ٹاکسیمیا (تسمم الدم) کے دیگر اثرات پائے جاتے ہیں، لہٰذا یہ سابق الذکر مثالوں کی بہ نسبت زیادہ خطرناک ہوتی ہیں۔ ٹاکسیمیا (تسمم الدم) رحمی عضلہ کی قوتِ انقباض کو گھٹا دیتا ہے، اور شدید تر اصابتوں میں رحمی دیوار کے عضلہ میں

469 انٹرسٹیشل ہیمرہجز (بین رخنگی نزفات) پائے جاتے ہیں جو انرشیا (جمود) پیدا کرتے ہیں۔ لہٰذا ٹاکسیمک (تسمم الدموی) اصابتوں میں یہ زیادہ امکان ہوتا ہے کہ رحم خون کو خارج کرنے کے ناقابل ہو، اور ہیمرہج (نزف) کا رجحان یہ ہوتا ہے کہ یہ مخلوط یا کان سیلڈ (concealed = پوشیدہ) قسم کا ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں ادمار نہایت ہٹیلا ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ ایک واحد بڑا ہیمرہج (نزف) ہو۔ مریضائیں قدرتاً علاج کی اچھی طرح مجیبیت نہیں کرتیں، اور ماں اور بچہ کے لئے انذار خطرناک ہوتا ہے۔



تصویر ۱۹۵۔ دوسرے درجہ کے ختم پر کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمرہج (پوشیدہ اتفاقی نزف)۔ اغشیہ کا کچھ حصہ اور پلیسنٹا (مشیمہ) رحمی دیوار سے ایک خون کے تھکے کے تودہ کے ذریعہ جدا ہیں۔

جب حاملہ خرگوش میں تجربی طور پر نفرائٹس (nephritis = التہاب گردہ) پیدا کیا گیا ہے تو اس سے ایکسیڈنٹل ہیمرہج (اتفاقی نزف) واقع ہو گیا ہے، لہٰذا بعض ارباب سند مزمن نفرائٹس (التہاب گردہ) کو ٹاکسیمک ایکسیڈنٹل ہیمرہج (تسمم الدموی اتفاقی نزف) کا ایک اہم سبب گردانتے ہیں۔ ان ٹاکسیمک (تسمم الدموی) اصابتوں کے متعلق مزید تفصیلات کے لئے دیکھو باب دوازدہم۔

علامات اور امارات

اکسٹرنل ایکسیڈنٹل ہیمرتیج (بیرونی اتفاقی نزف)۔ مریضہ کو یا تو بغیر کسی بدیہی سبب محرکہ کے، یا بعض اوقات دماغی یا جسمانی صدمہ یا بیش مشقت کے نتیجہ کے طور پر ویجائنا (مہبل) سے خون آتا معلوم ہوتا ہے۔ ممکن ہے اس کو خفیف سی شکمی تکلیف بھی ہو لیکن بالعموم درد مفقود ہوتا ہے۔

شکمی جس سے کوئی غیر طبعی بات معلوم نہیں ہوتی۔

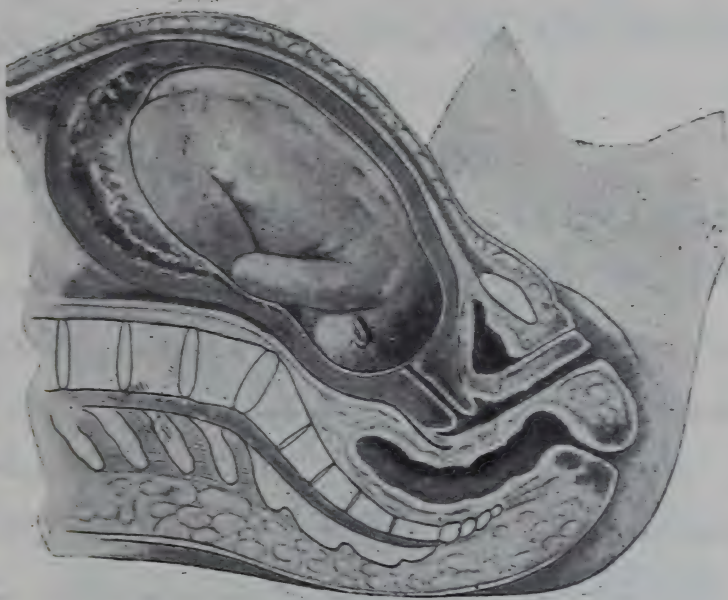
ویجائنل (مہبلی) امتحان پر ایک بھر بھرا نرم تھکا پایا جاتا ہے جو کہ ویجائنا (مہبل) اور سروکس (عنق) کو بھرے ہوئے ہوتا ہے لیکن پلیسنٹا (مشیمہ) بالکل محسوس نہیں ہو سکتا۔ خون جو ضائع ہو جاتا ہے اس کی مقدار، ایک خفیف "شو (show = نمود)" سے لیکر جسے مریضہ "ایام حیض" خیال کرتی ہے، شدید سیلاب تک اختلاف پذیر ہوتی ہے جو چند ہی منٹ میں مہلک ثابت ہو سکتا ہے۔

کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمرتیج (پوشیدہ اتفاقی نزف)۔ اس کی علامات اور امارات قدرتاً شدتِ اصابت کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتی ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں مریضہ کی حالت اس سے بہت زیادہ تشویشناک ہوتی ہے کہ جتنا رحم میں انصباب شدہ خون کی مقدار سے ظاہر ہوتا ہے۔ اس کی وجہ وہ صدمہ بیان کیا گیا ہے جو رحم کے عمومی یا مقامی بیش تمدد سے واقع ہوتا ہے۔ ایسی اصابت میں سریری صورت حالات اندرونی ہیمرتیج (نزف) کی ہوتی ہے کہ جس پر رحمی تمدد کے اثرات متزاد ہوں۔

مریضہ کا رنگ شاحب اور جلد موم نما سفید ہوتی ہے۔ مکشوف حصے اور جوارح ٹھنڈے ہوتے ہیں اور ہونٹ اور انگلیوں کی نوکیں نیلی سی خاکستری ہو جاتی ہیں، اور اکثر اوقات جلد پر ٹھنڈی چپچپاہٹ اور پسینہ ہوتا ہے۔ اگر مریضہ کے گرد گرم بوتلیں اور کمبل رکھے ہوئے ہوں تو اس سے رضائی کے نیچے جسم کو حرارت کا ایک غلط احساس ہوتا ہے، تاہم گالوں پر ہاتھ رکھنے سے برودت سطح کا زیادہ صحت کے ساتھ اندازہ ہو سکتا ہے۔

جوع الہوا کی وجہ سے مریضہ کا سانس تکلیف دہ طور پر پھول جاتا ہے، اور بُہر کے

ساتھ ساتھ لگاتار بے قراری رہتی ہے، اور مریضہ بستر پر لوٹتی پوٹتی اور بازوؤں اور بستر کے کپڑوں کو اِدھر اُدھر پھینکتی ہے، جس سے حرارت عزیزی کا احتباس زیادہ دشوار ہو جاتا ہے۔ تشنگی ہمیشہ موجود ہوتی ہے اور قے بھی شاذ نہیں ہے ۔



تصویر ۱۹۶۔ کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمرج (پوشیدہ اتفاقی نزف)
خون کا اجتماع پلیسنٹا (مشیمہ) اور رحم کے درمیان، اور نیچے کوریان (سلی) اور رحم کے درمیان دیکھا جا سکتا ہے، لیکن ایکسٹرنل آس تک خون بالکل نہیں گیا۔

تپش زیر طبعی ہوتی ہے اور نبض چھوٹی اور تناؤ میں کم ہوتی ہے۔ اس کی رفتار اختلاف پذیر ہوتی ہے، شروع میں ممکن ہے نبض سست ہو لیکن بعد میں یہ تیز تر ہو جاتی ہے اور بعض اوقات "دوال" ہو جاتی ہے اور کلائی میں گنی نہیں جا سکتی ۔
رحم کے بیش تمدد کی وجہ سے سخت اور متقل درد شکم پیدا ہو جاتا ہے۔ رحم اس سے زیادہ بڑا ہوتا ہے کہ جتنا زمانۂ حمل کو مدنظر رکھتے ہوئے توقع کی جا سکتی ہے، نیز یہ خاکہ میں زیادہ

مدور ہوتا ہے۔ رحم کی کثافت سخت اور چوبی ہوتی ہے اور یہ انتہا درجہ الیم ہوتا ہے۔ ایک کانٹریکشن (انقباض) یا استرخاء بالکل معلوم نہیں ہوتا، اور اس میں جنینی خاکہ شناخت نہیں ہو سکتا، اور نہ قلب جنین سنا جا سکتا ہے۔ پروجا نیم (per vaginum = براہ مہبل) امتحان کرنے سے بالعموم یہ معلوم ہوگا کہ سروائیکل (عنقی) قنال ہنوز موجود ہے اور اتساع بالکل موجود نہیں ہے۔ اگر کافی رحمی فعل ہو چکا ہو اور اتساع شروع ہو چکا ہو تو غالباً کچھ خون باہر نکل رہا ہوگا، اس صورت میں اصابت بدل کر ذیل کی قسم کی ہو جائے گی۔

مخلوط کان سیلڈ (پوشیدہ) اور اکسٹرنل ایکسیڈنٹل ہیمریج (بیرونی اتفاقی نزف)۔ اس شکل میں دونوں اقسام کی خصوصیات پائی جاتی ہیں، اور اس میں کان سیلڈ ہیمریج (پوشیدہ نزف) کی کم شدید اصابتیں اور ایکسٹرنل ہیمریج (بیرونی نزف) کی زیادہ شدید اصابتیں شامل ہیں۔ علامات اور امارات، کان سیلڈ ہیمریج (پوشیدہ نزف) کی علامات اور امارات ہوتی ہیں جس کے ساتھ کچھ بیرونی نقصان خون اور بالعموم کسی قدر اتساع سرکس (عنق) ہوتا ہے۔ یا اکسٹرنل ہیمریج (بیرونی نزف) ہوتا ہے اور محبوس خون سے رحم کے متمدد ہونے کا کوئی بیرونی ثبوت موجود نہیں ہوتا، لیکن ولادت کے بعد پلیسنٹا (مشیمہ) اور اغشیہ کے پیچھے سیاہ خون کی ایک بہت بڑی مقدار پائی جاتی ہے جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ کان سیلڈ ہیمریج (پوشیدہ نزف) ہوا ہوگا۔ اگر اس کو ایک اور پیرایہ میں بیان کیا جائے تو یہ کہا جائے گا کہ اُن اصابتوں میں جن میں رحم کی انقباضی قوت مفقود ہوتی ہے، ہیمریج (نزف) تمامتر کان سیلڈ (پوشیدہ) رہتا ہے۔ اگر انقباضی قوت موجود ہو لیکن کم ہو، تو تھوڑا سا خون خارج ہوتا ہے اور اس سے کہیں زیادہ خون محبوس رہ جاتا ہے۔ اگر انقباضی قوت فعال ہو تو بہت کم خون محبوس رہتا ہے اور اس کا بیشتر حصہ خارج ہو جاتا ہے۔

سریری نکتہ جو ذہن نشین رکھنے کے قابل ہے یہ ہے کہ اکسٹرنل ہیمریج (بیرونی نزف) کی ایک اصابت میں شدت کا اندازہ محض اس امر سے نہیں لگانا چاہئے کہ پرویجا نیم (براہ مہبل) خون کی کس قدر مقدار ضائع ہو چکی ہے بلکہ مریضہ کی عمومی حالت سے لگانا چاہئے۔ ایک ناقابل لحاظ بیرونی ضیاع کے ہمراہ ممکن ہے شدید اندرونی ہیمریج (نزف) واقع ہوا ہو۔

تشخیص

ایکسٹرنل ایکسیڈنٹل ہیمریج (بیرونی اتفاقی نزف)۔ ایکسٹرنل ایکسیڈنٹل ہیمریج (بیرونی اتفاقی نزف) میں اور ان آیوائیڈیبل ہیمریج (ناگزیر نزف) میں صرف اس طرح تمیز کی جاسکتی ہے کہ ایکسٹرنل ایکسیڈنٹل ہیمریج (بیرونی اتفاقی نزف) میں ویجائنل (مہبلی) امتحان کرنے پر پلیسنٹا (مشیمہ) محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ امتحان کرنے کے لئے ویجائنا (مہبل) اور سروکس (عنق) کو ڈوشس (نطول) کے ذریعہ خون کے تھکے سے پاک کر دیا جاتا ہے، اور بعد ازاں پلیسنٹا (مشیمہ) کو انٹرنل آس (اندرونی فم) کے پاس جس کرنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) میں بچہ کی لائی (اتصاد) بالعموم طولی ہوتی ہے، حالانکہ پلیسنٹاپریویا (placenta prævia = مشیمہ متقدم) میں بسا اوقات میلپریزنٹیشنز (ناقص تطریقات) کی پیچیدگی موجود ہوتی ہے اور تطریقی حصہ بہت ہی بلندی پر ہوتا ہے۔

ولادت کے بعد تشخیص کی تصدیق اس طرح کی جاتی ہے کہ اغشیہ کا معائنہ کیا جاتا ہے، اگر اصابت پلیسنٹاپریویا (مشیمہ متقدم) کی ہے تو جس سوراخ میں سے بچہ کی ولادت ہوئی ہے وہ پلیسنٹل (مشیمی) کنارے سے تین انچ کے اندر ہونا چاہیے۔

اصابت کے ہائیڈیٹڈیفارم مول (hydatidiform mole = کیسیہ نما رحمہ) ہونے کا امکان ہرگز فراموش نہیں کرنا چاہیئے۔ ہائیڈیٹڈیفارم مول (کیسیہ نما رحمہ) میں رحم تنا ہوا ہوتا ہے اور بسا اوقات اس سے زیادہ بڑا ہوتا ہے کہ جتنا انقطاع حیض کی مدت سے قیاس کیا جاسکتا ہے، اور چونکہ کوئی جنین موجود نہیں ہوتا لہٰذا بیلاٹمنٹ (ballottement = نہز) نہیں پایا جاتا۔ ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) کی طرح اس میں بھی البیومن یوریا (البیومن بولیت) پایا جاسکتا ہے۔ مغالطہ صرف ان اصابتوں میں واقع ہوتا ہے کہ جن میں یہ یقینی طور پر معلوم نہیں ہوتا کہ حمل کس درجہ تک پہنچ چکا ہے۔

کانسیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمریج (پوشیدہ اتفاقی نزف)۔ اس میں تشخیص زیادہ دشوار ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کی کوئی خفیف اصابت ہائیڈیٹڈیفارم مول

(hydatidiform mole= کیسہ نما وحمہ) سے نہایت ہی قریبی مشابہت رکھتی ہو اور اگر خون کے تھکے کی وجہ سے جنین غیر واضح ہو تو دونوں اصابتوں میں تمیز کرنی ناممکن ہوتی ہے البتہ پر ویجائینم (per vaginum= براہ مہبل) ہائیڈیٹیڈیفارم (کیسہ نما) کے کیسکوں کے خارج ہونے سے تشخیص ظاہر ہو جاتی ہے۔ تاہم کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمریج (پوشیدہ اتفاقی نزف) کے ہمراہ جو حاد درد اور صدمہ پایا جاتا ہے، وہ ہائیڈیٹیڈیفارم مول (کیسہ نما وحمہ) کی اصابتوں میں موجود نہیں ہوتا۔

طلبا بعض اوقات کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمریج (پوشیدہ اتفاقی نزف) کو رحم کے تشنجی کانٹریکشن (انقباض) سے خلط ملط کر دیتے ہیں، لیکن ایسی غلطی ناممکن ہونی چاہیے بشرطیکہ یہ یاد رکھا جائے کہ تشنجی کانٹریکشن (انقباض) میں مریضہ کا وضع حمل ترقی یافتہ ہوتا ہے اور اس کے درد زوردار ہوتے ہیں، یہ کہ رحم طبعی سے زیادہ بڑا نہیں ہوتا اور یہ کہ رحم گلوب نما نہیں ہوتا بلکہ بچہ کی شکل کے مطابق ڈھلا ہوتا ہے، اور اغشیہ مشقوق ہوتے ہیں۔

کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمریج (پوشیدہ اتفاقی نزف) میں اور انٹرا پیرٹونیل ہیمریج (دروں باریطونی نزف) کی اصابتوں مثلاً ترقی یافتہ ایکٹاپک (ectopic= بے محل) حمل کے بالذات انشقاق، اور حمل کے ہمراہ پائے جانے والے مشقوق معدی قرحہ میں، تمیز کرنی لازمی ہے۔

گو کہ مذکورہ بالا سب حالتیں حمل کی شاذ پیچیدگیاں ہیں، تاہم، یہ کان سیلڈ (پوشیدہ) قسم کے ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) سے قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ ان کی تشخیص انکی سرگذشت سے، اور ان طبعی امارات سے کرنی چاہیے جو کہ کسی اصابت میں موجود ہوں۔ یہ یاد رہے کہ ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) میں رحم پورے تودہ کو گھیرے ہوئے ہوتا ہے لیکن دوسری حالتوں میں، مثلاً ایکٹاپک (بے محل) حمل میں، رحم کو ایک جداگانہ سلعہ کی حیثیت سے شناخت کیا جا سکتا ہے۔

اوپر کا بیان انتہائی اصابتوں پر صادق آتا ہے جو کہ خوش قسمتی سے بہت کم دیکھنے میں آتی ہیں۔ خفیف ترین اصابتوں میں ممکن ہے کوئی بھی علامت موجود نہ ہو، ایک پرانے، دموی تھکے کا تودہ جو بظاہر وضع حمل کے تیسرے درجہ سے قبل پیدا ہوا ہوگا، پلیسنٹا (مشیمہ) سے

چپکا ہوا پایا جاتا ہے۔ اس تھکے سے ممکن ہے بلیسنٹا (مشیمہ) کے ایک حصہ کا فعل موقوف ہو گیا ہو اور جنین مر گیا ہو۔ ان خفیف اصابتوں سے لے کر ان شدید اصابتوں تک جو بالتفصیل بیان کی جا چکی ہیں، ہر درجہ کی اصابت ملتی ہے۔

انذار

گاہے ایسا ہوتا ہے کہ مریضہ کو ابھی ولادت بھی نہیں ہونے پاتی کہ، بیرونی اوماء کے ساتھ یا اس کے بغیر، صدمہ ہی سے اس کی موت واقع ہو جاتی ہے۔ چونکہ بالعموم رحم میں نمایاں انزشیا (جمود) ہوتا ہے [خاصکر کان سیلڈ (پوشیدہ) قسم میں] لہٰذا ممکن ہے کہ ولادت کے بعد مریضہ اس ہبوط سے مر جائے جو پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) سے پیدا ہوتا ہے۔ اگر پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) سے قطع نظر کیا جائے، تو رحم کے جلدی سے خالی ہو جانے کی وجہ سے بھی صدمہ پیدا ہو کر موت واقع ہو سکتی ہے۔ ولادت کرانے کی کوشش میں دست درازیاں عمل میں لانا جینیٹل ٹریکٹ (تناسلی خطہ) کا سپسز (sepsis= عفونت) اور وریدگیاں پیدا کر کے ہلاکت واقع کر سکتا ہے۔

انذار میں سب سے زیادہ اہم نکتہ رحم کی انقباضی قوت ہے۔ اگر رحم اچھی طرح منقبض ہو تو بالعموم مریضہ صحتیاب ہو جائے گی۔ باقی نکات یہ ہیں:۔

ٹاکسیمیا (تسمم الدم) کی شدت۔

صدمہ کا درجہ۔

ضیاع خون کی رفتار۔

خون کی کس قدر مقدار ضائع ہوئی ہے۔

ظاہر ہے کہ ایسے اعداد و شمار جن میں ہر درجۂ شدت کی اصابتیں شامل ہوں، ایک انفرادی اصابت میں خطرہ کا اندازہ لگانے کے لئے بالکل بے کار ہیں۔ ایک ایسی ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورت) میں جس کا اَس (فم) پوری طرح کشادہ ہے، بچہ چھوٹا اور قبل از میعاد ہے، اور رحم میں خوب فعل کرنے کے لئے تہیج پیدا کی جا سکتی ہے، بہت کم خطرہ ہوتا ہے۔ اس کے بخلاف ایک پرمی گریویڈا (اولین حاملہ) کی صورت میں جس کا رحم

انرٹ (جامد) اور بچہ بڑا ہے، اور آس (فہم) تقریباً بند ہے اور ہیمرتج (نزف) بڑی جلدی سے واقع ہو رہا ہے، قریب قریب کوئی امید نہیں ہوتی تاوقتیکہ دلیرانہ تدابیر اختیار نہ کی جائیں۔

بچہ کے حق میں انذار بُرا ہے، چنانچہ تقریباً ۸۰ فی صدی بچے جانبر نہیں ہوتے اس کے اسباب یہ ہیں:- (۱) بچہ کا قبل از میعاد ہونا (۲) پلیسنٹا (مشیمہ) کی علیحدگی سے آکسیجن کا ضیاع (۳) اور دوران ولادت میں تصرر۔

علاج

ایکسٹرنل ایکسیڈنٹل ہیمرتج (بیرونی اتفاقی نزف)۔ چونکہ اس عنوان کے تحت ایسی اصابتیں آتی ہیں کہ جن کی شدت، دوران وضع حمل میں خون کے ایک خفیف "نمود" سے لے کر ایک کثیر المقدار اور جلد مہلک ہونے والے سیل خون تک اختلاف پذیر ہوتی ہے، لہذا یہ ظاہر ہے کہ ایسا کوئی واحد طریقہ علاج نہیں ہو سکتا جو تمام اصابتوں پر اطلاق پذیر ہو۔

عملی علاج کے نقطۂ نگاہ سے ان اصابتوں کو بلحاظِ شدت کے تین گروہوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔

خفیف اصابتیں۔ اگر ہیمرتج (نزف) کی مقدار محض خفیف ہے اور حمل کی میعاد میں ابھی چند ہفتہ باقی ہیں، تو بہترین علاج جو اختیار کیا جا سکتا ہے وہ ہے جو کہ تھریٹنڈ مس کریج (threatened miscarriage = مخطور املاص) کی اصابتوں میں عمل میں لایا جاتا ہے، یعنی دفع الوقتی کرنا اس امید میں کہ ادماء بند ہو جائے گا اور حمل میعاد تک قائم رہے گا۔ دفع الوقتی کا فیصلہ کرنے سے قبل اس امر کا اطمینان کر لینا چاہئے کہ کان سیلڈ ہیمرتج (پوشیدہ نزف) کی کوئی شہادت موجود نہیں ہے، یعنی رحم نرم ہے اور الیم یا تنا ہوا نہیں، اور نبض کی رفتار بہت زیادہ نہیں ہے۔ یہ دفع الوقتی بچہ کے مفاد کے لئے کی جاتی ہے اور اس سے یہ مراد ہے کہ مریضہ کو بستر پر مطلق آرام سے لٹائے رکھا جائے، مسکنات استعمال کرائے جائیں، جن میں سے بہترین مارفیا (morphia) ہے،

جس کے بعد ضرورت ہو تو برومائیڈ مکسچر (bromide mixture= برومائیڈ کا آمیزہ) بھی دے سکتے ہیں، اور منطولات، مسہلات، اور حقنہ جات سے اجتناب کیا جائے کہ جن سے رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) پیدا ہو سکتے یا بڑھ سکتے ہیں۔ مزید رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) کی عدم موجودگی میں ممکن ہے پلیسنٹل سائٹ (مشیمی مقام) کے مکشوف حصہ کے ادمائی عروق علقہ یاب ہو جائیں اور مزید ادماء واقع نہ ہو۔ اکثر دیکھنے میں آیا ہے کہ یہ علاج کامیاب ثابت ہوتا ہے، یعنی ادماء موقوف ہو جاتا ہے اور حمل میعاد تک قائم رہتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں پلیسنٹا (مشیمہ) کے منظر سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس کا ایک حصہ بہت پہلے جدا ہوا تھا کیونکہ یہ حصہ بھورا، سکڑا ہوا، اور باقی حصوں سے زیادہ ٹھوس ہوتا ہے اور اس کے ساتھ ایک پرانا دموی تھکا منضم ہوتا ہے۔

متوسط شدت کی اصابتیں۔ اس گروہ میں وہ اصابتیں شامل ہیں کہ جن میں ادماء کی شدت اتنی نہیں ہوتی کہ زندگی کے لئے فوری خطرہ کا امکان پیدا کرے، تاہم ادماء اتنا وافر ہوتا ہے کہ یہ نامناسب ہے کہ بچہ کے مفاد کی خاطر حمل کو طول دینے کی کوشش کی جائے۔ متوسط شدت کے ایکسیڈنٹل ہیمرج (اتفاقی نزف) کے متعلق کوئی قطعی قاعدہ مقرر کرنا ناممکن ہے، ہر انفرادی اصابت کا علاج حالات کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہونا چاہیئے۔ لیکن بطور ایک قاعدہ کلیہ کے یہ کہ سکتے ہیں کہ اگر رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) اچھے ہوں تو غالباً جو بھی معقول علاج کیا جائے وہ کامیاب ثابت ہو گا۔ اختیار کردہ علاج کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ رحم کو خالی کانٹریکٹڈ (منقبض)، اور باز کشیدہ کیا جائے تاکہ حتی الامکان کم از کم ادماء واقع ہو اور ماں کسی مزید خطرہ میں نہ پڑے۔ اگر اچھے کانٹریکشنز (انقباضات) موجود ہیں یا پیدا کئے جا سکتے ہیں تو مذکورہ بالا مقصد کو اُن طریقوں سے کامیابی کے ساتھ حاصل کیا جا سکتا ہے جو کہ نیچے بیان کئے گئے ہیں۔ اس کے بخلاف وہ اصابتیں جن میں رحم سستی کے ساتھ کانٹریکٹڈ (منقبض) ہوتا ہے یا بالکل ہوتا ہی نہیں، مختلف قسم کے علاج کی متقاضی ہیں اور انسب یہ ہے کہ ان کو تیسرے گروہ کے ساتھ لیکر بحث کی جائے۔

سب سے پہلے سادہ ترین اصابتوں پر غور کیا جائے گا۔ ہم فرض کر لیتے ہیں کہ

بچہ کی لائی (افتاد) طولی ہے، اور پیلوس (حوض) میں سے گذرنے میں بچہ کو کچھ رکاوٹ نہیں ہے۔ بعض اوقات ایک گرم و یجائنل ڈوش (مہبلی نطول) اتنا کانٹریکشن (انقباض) اور بازگشیدگی پیدا کر دیتا ہے کہ مزید ہیمرج (نزف) نہیں ہونے پاتا، بالکل اسیطرح جس طرح کہ ان ایویٹیبل مس کیرج (inevitable miscarriage = ناگزیر املاص) میں ہوتا ہے۔

جب سروکس (عنق) پوری طرح متسع ہو۔ تین یونٹ پیشوٹری ایکسٹریکٹ (pituitary extract= خلاصۂ نخامیہ) کا اشراب کرو، اغشیہ پہلے مشقوق نہ ہوئے ہوں تو ان کو شق کرو، اور ایک مضبوط شکم بند باندھ دو۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ ولادت کا ہر وہ طریقہ جو مختصر ہوگا صدمہ کو بڑھائیگا بلکہ ممکن ہے کہ مریضہ کے لئے مہلک ثابت ہو۔ بہت سی اصابتوں میں اگر یہ اغلب نظر آئے کہ رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) بچہ کو خارج کر دیں گے اور کوئی غیر معمولی تاخیر نہ ہوگی تو انسب یہ ہے کہ اصابت کی ترقی پر نگاہ رکھی جائے اور کوئی مداخلت نہ کی جائے۔ لیکن اگر ادماء جاری رہے اور رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) کمزور ہوں تو فارسیپز (کلاب) لگانا چاہیئے اور بچہ کو نہایت آہستہ سے اور باحتیاط ایکسٹریکٹ (تخریج) کرنا چاہیئے۔ پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) کا امکان نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔

جب سروکس (عنق) دو شلنگ کے سکہ یا اس سے زیادہ جسامت تک متسع ہو لیکن پورا پورا متسع نہ ہو۔

اگر رحم اچھی طرح کانٹریکٹ (منقبض) ہو رہا ہو تو اغشیہ کو شق کرو، اور ایک مضبوط شکم بند لگا دو۔ اگر پھر بھی ادماء جاری رہے تو ایک چمپیٹر ڈی ریبز (Champetier de Ribes) کا تھیلا داخل کر دو یا ایک ٹانگ کو نیچے لے آؤ، اور پیشوٹری ایکسٹریکٹ (خلاصہ نخامیہ) کا اشراب کرو۔ اگر رحم اچھی طرح کانٹریکٹ (منقبض) نہ ہو رہا ہو تو ویجائنا (مہبل) کا پلگنگ (plugging= اصمام) کر دو اور پیشوٹری ایکسٹریکٹ (خلاصہ نخامیہ) دو۔

جب سروکس (عنق) قریب قریب بند ہو، تو بہترین علاج سیزرین سکشن (شگاف قیصری) ہے۔ اگر اس کو انجام نہ دیا جا سکے، اور درد اچھے ہوں جو کہ وضع حمل کے

ایسے ابتدائی مرحلہ میں ہونا ایک غیر معمولی امر ہے تو اغشیہ کو شق کر کے ایک مضبوط شکم بند لگا دینا چاہئے۔ اگر رحم اچھی طرح اپنا فعل نہ کر رہا ہو تو بہترین ویجائنا (مہبل) کا پلگنگ (اصمام) ہے بشرطیکہ سیزرین سیکشن (شکاف قیصری) ناممکن العمل ہو۔

ویجائنا (مہبل) کا پلگنگ (plugging = اصمام)۔ یہ ایک قدیم طریقہ علاج ہے جس کے متعلق کہا جاتا ہے کہ اس کی سفارش ۱۷۷۶ء کے زمانہ میں کی گئی تھی، اور جس کو حالیہ سالوں میں از سر نو رائج کیا گیا ہے علی الخصوص ڈبلن اسکول (Dublin School) کی طرف سے۔ کسی عقیم میٹریل (material = چیز) کی بہت بڑی مقدار کی ضرورت ہے۔ ۱ بہ ۴۰ حصہ ڈیٹال (dettol) میں بھگو کر نکالی ہوئی سادہ عقیم گاز (gauze) بہترین چیز ہے۔ اگر یہ میسر نہ ہو تو باتھ ٹو ولنگ (bath towelling = غسل کے تولیہ) کی تقریباً تین انچ چوڑی سٹریپز (strips = دھجیاں) یا روئی کے بڑے بڑے پھر یرے جو ایک فیتے کے ذریعہ آپس میں اس طرح بندھے ہوئے ہوں کہ جسطرح ایک کنکوے کی دم بندھی ہوئی ہوتی ہے، پلگنگ (اصمام) کرنے کے لئے بہت اچھی چیزیں ہیں۔ مریضہ کو کروٹ سے یا لتھاٹومی (lithotomy = حصاۃ شگافی) وضع میں لٹا دیا جاتا ہے، مثانہ کو خالی کرایا جاتا ہے اور ولوا (فرج) کو ٹنکچر آف آیوڈین (tincture of iodine) کے ذریعہ بچارا جاتا ہے۔ پرینیم (عجان) کو باز کشیدہ کرنا چاہیئے [جو کہ بہترین طور پر ایک عظیم الجسامت سمز (Sims) کے منظار کے ذریعہ انجام دیا جا سکتا ہے] اور ویجائنا (مہبل)، کو اوپر سے نیچے کو منظم طور پر بھرنا چاہیئے۔ اگر سٹرائیکل (عنقی = fornices) قنال کافی کھلی ہو تو پہلے اس کو بھرنا چاہیئے، پھر یکے بعد دیگرے فارنسز (قبوون) کو، اور تمام ویجائنا (مہبل) کو کس کر بھر دینا چاہیئے یہاں تک کہ پلگنگ میٹریل (plugging material = اصمامی چیز) ولوا (فرج) پر بروز کرنے لگے۔ ایک مضبوط بائنڈر (شکم بند) سے جو اوپر سے نیچے کو باندھ کر لگایا گیا ہو اور ایک مضبوط طاقتور T پٹی سے عملیہ کی تکمیل ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد رحم کی سطح کے ہر حصہ کو بھینچا جاتا ہے۔

پلیسنٹا پریویا (placenta prævia = مشیمہ متقدم) کی صورت میں یہ معلوم ہے کہ ادمائی سطح لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) پر ہوتی ہے لہذا اس کو ہاف بریچ (نصف سفل) کے ذریعہ یا چمپیٹر ڈی ریبز (Champetier de Ribes) کے تھیلے کے ذریعہ

بھینچا جا سکتا ہے۔ اس کے برخلاف ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) میں رحم کے کسی حصہ
سے بھی خون آسکتا ہے۔ بدیں وجہ اس میں سارے کے سارے اپر یوٹرائن سگمنٹ (بالائی قطعہ رحم)
کو بھینچنے کی ضرورت ہے۔ اگر چمپٹر ڈی ریبز کا تھیلا داخل کرنے اور مضبوط بائنڈر (شکم بند)
استعمال کرنے کے لئے اَس (فم) کافی کشادہ نہ ہو تو واحد طریقہ جس سے یہ عمومی بچاؤ عمل میں
لایا جا سکتا ہے پلگنگ (plugging = اصمام) ہے۔ پلگنگ (plugging = اصمام)، 6
'T' پٹی، اور بائنڈر (binder = شکم بند) سے جو دباؤ پڑتا ہے، وہ چونکہ خون کے دباؤ کی
بہ نسبت زیادہ ہوتا ہے لہٰذا یوٹرائن کیوٹی (کہفۂ رحم) میں خون کے مزید اخراج کو روکنے
کے لئے کافی ہوتا ہے۔ ادمار کو روکنے کے علاوہ، مذکورہ بالا دباؤ ہمیشہ تو نہیں لیکن بالعموم رحم میں
کانٹریکٹ (منقبض) ہونے کا ہیجان پیدا کرتا ہے۔ اگر رحمی کانٹریکشنز (انقباضات)
پیدا ہو جائیں، تو یقیناً پلگ (صمام) کو دور کر دینا چاہئیے قبل اس کے کہ اس سے ولادت میں
امکاناً کوئی رکاوٹ واقع ہو۔ عام طور پر پلگ (صمام) کو آٹھ گھنٹے میں دور کر دیا جاتا ہے۔
جب پلگ (صمام) کو نکالا جاتا ہے تو بالعموم یہ پایا جاتا ہے کہ سروکس (عنق) کسی حد تک
کشادہ ہو گیا ہے۔ ولادت بالعموم بغیر زیادہ تاخیر کے انجام پذیر ہو جاتی ہے لیکن بعض
اوقات گو کہ ادمار بند ہو جاتا ہے، رحم زور سے کانٹریکٹ (منقبض) نہیں ہوتا اور ممکن
ہے کہ وضع حمل کا خود بخود اختتام دو تین دن تک نہ ہو۔

اغشیہ کو اس لئے شق کیا جاتا ہے کہ لائکر ایمنیائی (رطل) نکل جائے، اور رحم
زیادہ موثر طور پر کانٹریکٹ (منقبض) ہو کر ہیمریج (نزف) کو قابو میں لے آئے۔ ان مثالوں
میں جن میں رحمی فعل عمدہ ہو یہ ایک مفید طریقۂ علاج ہے۔ اغشیہ کو شق کرنے کے بعد ہمیشہ
ایک مضبوط بائنڈر (شکم بند) لگا دینا چاہئیے، ورنہ ممکن ہے کہ بے ضرورت خون ضائع
ہو جائے قبل اس کے کہ رحم کافی طور پر باز کشیدہ ہو۔

ورشن (گردش) کے ذریعہ رحم جزوی طور پر خالی ہو جاتا ہے اور زیادہ موثر
رحمی فعل واقع ہونے کا موقع پیدا ہوتا ہے، اور سروکس (عنق) میں جو ٹانگ آتی ہے وہ
سروکس (عنق) کا اتساع کرنے کے لئے فانہ کا کام دیتی ہے اور رحم میں کانٹریکشن (انقباض)
کی معکوس طور پر تہییج کرتی ہے۔ چمپٹر ڈی ریبز (Champetier de Ribes) کے تھیلے کا فعل بھی

ایسا ہی ہے، خاص کر اگر اس کے اندر ہلکا ٹرکیشن (جر) عمل میں لایا جائے۔

انتہائی شدت کی اصابتیں۔ شدید ایکسیڈنٹل ہیمرتیج (اتفاقی نزف) صرف اسوقت ہوتا ہے جب عمدہ رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) موجود نہ ہوں، بدیں وجہ ان اصابتوں میں سروکس (عنق) کا زیادہ اتساع موجود نہیں ہوتا۔ ان میں بچہ تقریباً ضرور مردہ ہوتا ہے، اور جو کچھ بھی کیا جاتا ہے صرف ماں ہی کے مفاد کے لئے کیا جاتا ہے۔ طالب علم کو یہ امر ذہن نشین رکھنے کی سخت ضرورت ہے کہ ہر اُس طریق علاج میں کہ جس میں سریع ولادت لازم آتی ہو، یہ امکان ہے کہ یہ ماں کیلئے مہلک ثابت ہوگا۔ مریضہ پہلے ہی ٹاکسیمک (مسموم الدم) اور ضیاع خون کے سبب کولیپس (ہبوط) کی حالت میں ہوتی ہے۔ سروکس (عنق) کے سریع اتساع سے اور فارسیپز (کلاب) یا ورشن (گردش) کی ولادت سے نتیجۃً مزید صدمہ واقع ہوتا ہے اور یہ صدمہ خواہ علاج شروع کرنے کے بعد مزید ادماء بہت کم ہی کیوں نہ ہوا ہو، فی الفور یا ولادت سے ایک یا دو گھنٹہ کے اندر موت واقع کر دینے کے لئے کافی ہوتا ہے یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ اُن اصابتوں میں جن میں خون کی ایک بہت بڑی مقدار ضائع ہو جاتی ہے، یہی نہیں کہ رحم کانٹریکٹ (منقبض) نہیں ہوتا، بلکہ یہ کہ یہ کانٹریکٹ (منقبض) ہو ہی نہیں سکتا۔ ایسی اصابت کے علاج میں اہم امور یہ ہیں کہ ہیمرتیج (نزف) کو فی الفور بند کیا جائے اور آئندہ چند گھنٹوں کی مصیبت کو مریضہ کے سر سے ٹالا جائے، یعنی قبل اس کے کہ ولادت کرانے کی فاعلانہ تدابیر اختیار کی جائیں کولیپس (ہبوط) اور ضیاع خون کے اثرات کا علاج کیا جائے۔ ویجائنا (مہبل) کے پلگنگ (plugging = اصمام)، ایک مضبوط بائنڈر (شکم بند) اور T پٹی لگانے سے ادماء بند ہو جاتا ہے بغیر اس کے کہ مریضہ کو کوئی صدمہ ہو۔ اگر ان تدابیر سے ایک کولیپسڈ (collapsed = ہبوط) مریضہ کا ادماء بند ہو جائے تو پھر کانٹریکشنز (انقباضات) کا پیدا ہونا یا نہ ہونا ایک ایسا معاملہ ہے جو بہت کم اہمیت رکھتا ہے، اور حقیقت تو یہ ہے کہ جب تک کہ مریضہ کی عمومی حالت میں اصلاح نہیں ہوتی رحم کے فعّال ہونے کا کوئی امکان ہی نہیں ہے۔ جونہی پلگ (صمام)، بائنڈر (شکم بند) اور T پٹی موثر طور پر لگائی جا چکے، فی الفور حرارت رسانی، زیر جلدی بافتوں میں نمکین محلول کا اشراب کرنا، براہ دہن غذا دینا وغیرہ اور تدابیر کولیپس (ہبوط) کا دفعیہ کرنے کیلئے

اختیار کی جا سکتی ہیں۔ مریضہ کو نمکین محلول اس وقت تک نہیں دینا چاہیئے جب تک کہ ادماء بند نہ ہو جائے، ورنہ اس سے ادماء بڑھ جانے کا رجحان ہوتا ہے، اور اگر مریضہ کے اندر نمکین محلول جا رہا ہو اور اس کا خون نکل رہا ہو تو اس کو اس تبادلہ سے کچھ نفع نہیں ہے۔ چھ یا آٹھ گھنٹے میں مریضہ اس قدر بحال ہو جاتی ہے کہ وضع حمل کو بلا خطر جاری رہنے دیا جا سکتا ہے۔ اغشیہ اگر غیر مشقوق ہوں تو ان کو شق کر دینا چاہیئے۔ بعض اوقات وضع حمل کو خود بخود ہونے دیا جا سکتا ہے۔ بعض اوقات اتساع کی تکمیل کرنے اور فارسیز (کلاب) کے ذریعہ ولادت کرانے کے لئے شمپیٹیر ڈی ربیز (Champetier de Ribes) کا تھیلا داخل کرنا انسب ہوتا ہے۔

کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمرجج (پوشیدہ اتفاقی نزف)۔ کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمرجج (پوشیدہ اتفاقی نزف) کی اکثر اصابتیں نہایت تشویشناک ہوتی ہیں، کیونکہ ضیاع خون اور رحم کے درد خیز تمدد کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریضہ کو لیپسڈ (مہبوط) ہوتی ہے۔ سب سے پہلا اہم امر یہ ہے کہ صدمہ کا علاج کیا جائے اور جب تک کہ یہ نہ ہو جائے مریضہ کو ولادت کرانے کی کوشش نہ کی جائے۔ مریضہ کو گرم کمبلوں اور گرم بوتلوں کے ذریعہ گرمی پہنچانی چاہیئے، اور مارفیا کا ایک زیر جلدی اشراب دینا چاہیئے، بالخصوص ان اصابتوں میں کہ جن میں درد شکم شدید ہو۔ سر کو نیچا کر دینا چاہیئے اور جوارح کو پٹیاں باندھ دینی چاہئیں کہ جس سے خون دب کر جسم کے زیادہ حیوی حصوں میں چلا جائے۔ ایک دروں وریدی نقل الدم نہایت ہی مفید ہوگا، لیکن جب تک کہ رحمی ادماء بند نہ ہو جائے ملحی محلول کی زیادہ مقدار دینا بے کار ہے۔ اگر قبل اس کے کہ خون کی زیادہ مقدار ضائع ہو اور قبل اس کے کہ مریضہ کی عمومی حالت تشویشناک ہو جائے مذکورہ بالا حالت تشخیص کر لی جائے، تو اس کا علاج یہ کرنا چاہیئے کہ اغشیہ کو شق کر دیا جائے، پشوٹری ایکسٹریکٹ (pituitary extract = خلاصہ نخامیہ) کا اشراب کیا جائے، اور ایک مضبوط بائنڈر (binder = شکم بند) اور ایک ویجائنل پلگ (مہبلی صمام) لگا دیا جائے، کیونکہ ایسی حالت میں رحم کی انقباضی قوت ابھی معدوم نہیں ہوئی ہوتی۔ تاہم عام طور پر جب کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمرجج (پوشیدہ اتفاقی نزف) کی تشخیص کی جاتی ہے تو رحم میں خون کی ایک

بہت بڑی مقدار پائی جاتی ہے۔ رحم میں خون کی ایک بہت بڑی مقدار کا محبوس ہونا اس امر کا ثبوت ہے کہ رحم انرٹ (جامد) ہے۔ یہ وہ نکتہ ہے کہ جس کو طریق علاج کا فیصلہ کرنے میں ایک لمحہ کے لئے بھی نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔ کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمریج (پوشیدہ اتفاقی نزف) کی ایک شدید اصابت میں تصوری علاج شکمی شگاف ہے، یہ یا تو نجی مکان میں یا اور محض استثنائی حالات میں ہی عمل میں لایا جاسکتا ہے یا ایسی صورت میں عمل میں لایا جاسکتا ہے کہ مریضہ کو فوراً دار الشفا یا نرسنگ ہوم (nursing home = تیمار خانہ) پہنچا دینا ممکن ہو۔ جب شکم کو کھولا جائے تو بالعموم سیزرین سیکشن (شگاف قیصری) کر دینا بہترین ہے، اور جب رحم خالی ہو جائے تو یہ دیکھنا چاہیئے کہ آیا رحم اتنا باز کشیدہ ہو سکتا ہے کہ یہ ادماء کو بند کر دے۔ اگر یہ باز کشیدہ ہو جائے، تو اس کو معمولی طریق پر ٹانکے لگا دینے چاہئیں اور باز کشیدگی کو قائم رکھنے کے لئے پیچوٹری ایکسٹریکٹ (خلاصہ نخامیہ) دینا چاہیئے۔ اگر رحم جلد باز کشیدہ نہ ہو تو اس کا استیصال کر دینا چاہیئے۔

جب شکمی عملیہ انجام نہ دیا جاسکتا ہو تو اس صورت میں علاج کا سب سے اہم نکتہ یہ ہے کہ بچہ کی ولادت میں عجلت کی کوشش نہ کی جائے۔ کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمریج (پوشیدہ اتفاقی نزف) کی ایک شدید اصابت میں ہسٹیرکٹومی (hysterectomy= رحم برآری) کے سوا جو بھی سریع طریق ولادت ہوگا وہ تقریباً یقیناً مریضہ کو ہلاک کر دے گا۔ بلاشبہ ان اصابتوں میں جن میں خون کی ایک بہت بڑی مقدار محبوس ہوتی ہے رحم کا تمدد، شدید درجہ کا صدمہ پیدا کرتا ہے۔ اس تمدد کو دور کرنے کے خیال سے یہ صلاح دی گئی ہے کہ انٹرنل آس (اندرونی فم) کے قرب و جوار سے اغشیہ کو جدا کر کے کچھ خون نکلنے دیا جائے، اور اغشیہ کو شق کر دیا جائے، لیکن اگر رحمی عضلہ مشلول ہو تو ان دونوں طریقوں میں سے کوئی بھی خطرے سے خالی نہیں ہے، کیونکہ دباؤ گھٹ جانے سے از سر نو مہلک ہیمریج (نزف) واقع ہو سکتا ہے۔ اگر شکم شگافی نہ کی جائے، تو اسکے بعد کمترین خطرناک علاج جو مذکورہ بالا حالات میں کیا جاسکتا ہے (یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ یہ حالت وضع حمل کی نہایت تشویشناک حالتوں میں ہے) وہ یہ ہے کہ ویجائنل پلگ (vaginal plug= مہبلی صمام) بائنڈر (binder= شکم بند) اور T پٹی لگائی جائے، اور

پشوٹری ایکسٹریکٹ (خلاصہ نخامیہ) اور مارفیا کا اشراب کیا جائے، اور اس کے بعد کولیپس (ہبوط) کا علاج کیا جائے۔ جوں جوں مریضہ کی عمومی حالت بہتر ہوتی ہے، رحم بھی تمدد کے اثرات سے بحال ہو جاتا ہے اور کانٹریکٹ (منقبض) ہونا اور بازکشیدہ ہونا شروع ہوتا ہے۔ اس وقت کچھ خون نکلنے دیا جاتا ہے یا اغشیہ کو شق کر دیا جاتا ہے لیکن اب اس میں کچھ خطرہ نہیں ہے۔

علاج اُس وقت جبکہ وضع حمل ختم ہو چکے

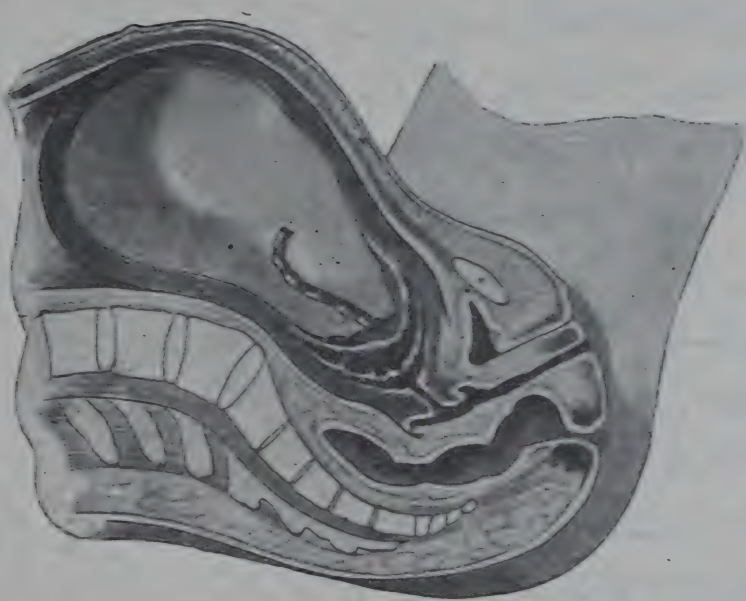
اگر ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) کے بعد مریضہ کو ولادت کرائی جا چکی ہے اور پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد الولادتی نزف) کی کوئی زیادہ مقدار نہیں ہے تو اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ مریضہ روبہ صحت ہے۔ اگر اب موثر علاج نہ کیا جائے تو چند مریضات ایسی ہوں گی جو ولادت سے چند گھنٹہ بعد فشل القلب سے مر جائیں گی۔ ایسی مریضہ کی کئی گھنٹہ تک نگرانی کرنے کی ضرورت ہے اور حرارت رسانی، نمکین محلول براہ دہن غذا دینے، پشوٹری ایکسٹریکٹ (خلاصہ نخامیہ) کا اشراب کرنے، اور پلنگ کی پائنتی کو اونچا رکھنے کی وجہ سے اس کو اپنے کولیپس (ہبوط) اور صدمہ سے بحال ہونے میں مدد پہنچتی ہے۔ نقل الدم کیا جا سکتا ہے، یا پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد الولادتی نزف) کے علاج میں جس صمغی محلول کا ذکر ہے وہ دروں وریدی طور پر دیا جا سکتا ہے۔ پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد الولادتی نزف) کی وہ مقدار جو کسی موٹی تازی عورت کی صورت میں خفیف الاثر ہوتی ہے، ایک دوسری مریضہ کی صورت میں جسے شدید انٹی پارٹم ہیمریج (قبل الولادتی نزف) ہو چکا ہو اندیشہ ناک اہمیت رکھتی ہے۔ مریضہ کو چھوڑ کر جانے سے قبل ضروری ہے کہ بائی مینوئل کمپریشن (bimanual compression = دو دستی بھنچاؤ) کے ذریعہ ادماء کو بند کیا جائے اور عمدہ رحمی بازکشیدگی پیدا کی جائے۔

ان اوائیڈیبل ہیمرج (UNAVOIDABLE HÆMORRHAGE = ناگزیر نزف) 47

پلیسنٹا پریویا (PLACENTA PRÆVIA = مشیمہ متقدم)

تعریف

پریویا (prævia = متقدم) اس پلیسنٹا (مشیمہ) کو کہتے ہیں جو کلّی یا جزوی طور پر



تصویر ۱۹۷۔ مکمل پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم)

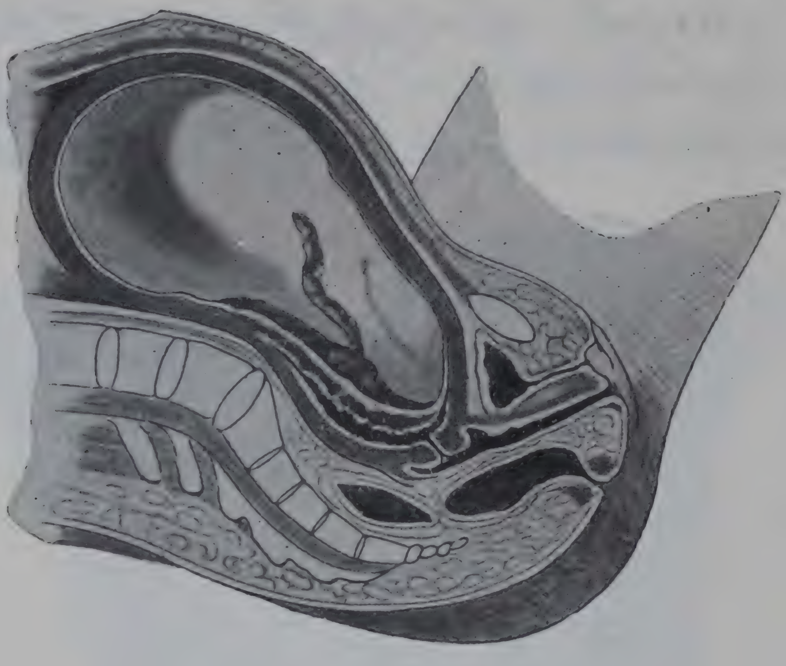
لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) پر واقع ہو اور اس کی علٰحدگی کی اثناء میں ہیمرج (نزف) ہونا ناگزیر ہو۔

حمل کے آخر ہفتوں اور وضع حمل کے پہلے درجہ میں لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیریں قطعہ رحم)

تن جاتا ہے۔ چونکہ ساتھ پلیسنٹا (مشیمہ) نہیں تن سکتا لہذا علیحدگی ہونی ضروری ہے اور
مکشوف پلیسنٹل سائٹ (placental site = مشیمی مقام) سے ہیمریج (نزف) ہونا
لابدی ہے۔

اقسام

ا۔ مکمل جبکہ پلیسنٹا (مشیمہ) انٹرنل آس یوٹرائی (internal os uteri = اندرونی فم رحم)



تصویر ۱۹۸۔ غیر مکمل پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) (ا)
پلیسنٹا (مشیمہ) لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں رحمی قطعہ) پر واقع ہے اور انٹرنل آس
(اندرونی فم) پر پھیلا ہوا ہے لیکن اس کے زیریں کنارے پر جو اغشیہ ہیں ان تک
ممتحن انگلی کی رسائی ہو سکتی ہے۔

کو ڈھانکے ہوئے ہو (تصویر ۱۹۷)۔ سریری طور پر یہ ایک ایسی اصابت کے متناظر ہے کہ

جس میں سروائیکل (عنقی) قنال میں سے گذاری ہوئی انگلی اغشیہ تک نہیں پہنچ سکتی۔

۲۔ ناکمل جبکہ پلیسنٹا (مشیمہ)، انٹرنل آس یوٹرائی (اندرونی فم رحم) کو ڈھانکے ہوئے نہ ہو۔ ناکمل پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) کی دو قسمیں ہیں۔

(الف) وہ جس میں پلیسنٹا (مشیمہ) نیچے انٹرنل آس (اندرونی فم) تک آ گیا ہو اور انگلی اس کے کنارے تک پہنچ سکتی ہو (تصویر ۱۹۸)۔

(ب) وہ جس میں مشیمہ انٹرنل آس (اندرونی فم) تک نہ آتا ہو البتہ یہ جزوی طور پر لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) پر واقع ہو (تصویر ۱۹۹)۔

قدیم اصطلاحات "مرکزی" "جانبی" اور "حاشیتی" کو ترک کر دیا گیا ہے، کیونکہ ان سے محض خلط مبحث ہوتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ اوپر جو اصطفاف اختیار کیا گیا ہے

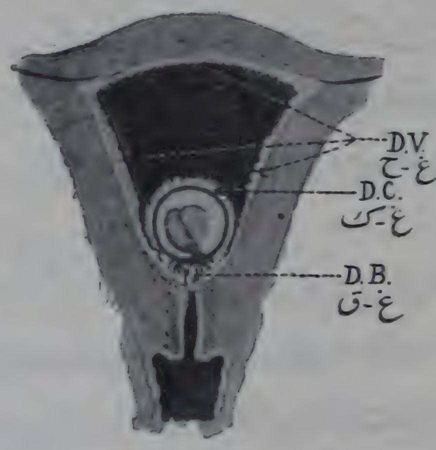


تصویر ۱۹۹۔ غیر مکمل پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) (ب)
پلیسنٹا (مشیمہ) لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں رحمی قطعہ) پر ہے لیکن انٹرنل آس (اندرونی فم) تک جو کہ غیر متسع ہے، نہیں پہنچتا۔

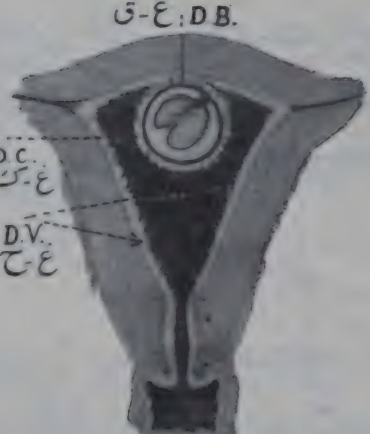
وہ ایک سرسری اصطفاف ہے، اور یہ کہ انکشافات اتساع کے درجہ کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوں گے۔ چنانچہ ایک مثال اس وقت جبکہ انٹرنل آس (اندرونی فم) میں ایک انگلی سما سکتی ہے مکمل معلوم ہوتی ہے اور بعد میں جب مزید اتساع کی وجہ سے پلیسنٹا (مشیمہ) کا کنارہ محسوس کیا جا سکتا ہے تو وہ نامکمل پائی جاتی ہے۔ پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) کی اکثر اصابتیں آٹھویں مہینے تک قائم نہیں رہتیں، بلکہ پہلے مہینوں میں ہی ایبارشن (اسقاط حمل) ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے وہ شناخت نہیں ہو سکتیں۔

سبب

پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) ۵۰۰ وضع الحملوں میں تقریباً ایک مرتبہ پایا جاتا ہے



تصویر ۲۰۰۔ ڈیسیڈوا بیزیلیس (غشاء ساقط قاعدی) لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیریں رحمی قطعہ) میں۔



تصویر ۲۰۱۔ ڈیسیڈوا بیزیلیس (غشاء ساقط قاعدی) اپر یوٹرائن سگمنٹ (بالائی قطعہ رحم) میں۔

اعداد و شمار سے معلوم ہوتا ہے کہ پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) زیادہ کثرت سے ان عورتوں میں ہوتا ہے جن کے ہاں بہت سے بچے ہوئے ہوں۔ جلد جلد بچے جننا اور

اینڈومیٹریم (endometrium = درون رحمہ) کا التہاب بھی بظاہر اس کے وقوع پر کچھ اثر رکھتا ہے۔

پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) کی امراضیات کے متعلق ہمارے یقینی معلومات بہت کم ہیں، لیکن کچھ شہادت موجود ہے جو مندرجہ ذیل نظریوں کی تائید کرتی ہے:۔

(ا) اووم (بیضہ) کی تنصیب ابتداءً ہی رحم میں بہت نیچے واقع ہوتی ہے، اور ڈیسیڈوا بیزیلیس (decidua basalis = غشاء ساقط قاعدی) سے معمولی طور پر پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) بن جاتا ہے۔ یہ امر کہ اووم (بیضہ) حسب معمول اپر یوٹرائن سگمنٹ (بالائی قطعہ رحم) میں کیوں نہیں چپک جاتا نامعلوم ہے، شائد اس کا سبب یہ ہوتا ہو کہ کوریانک ولائی (chorionic villi = سلوی خملات) میں کسی قسم کا فقدان قوت ہوتا ہو، اور وہ حسب معمول رحم کی دیوار سے ضم نہیں ہوتے، یا شائد ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کسی سابق الوجود التہاب کی وجہ سے بیضہ کی تفریش کے لئے ناموزوں ہوجاتا ہے۔ اس بات سے اس کی مزید تائید ہوتی ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ متقدم) اکثر چوڑا اور پتلا ہوتا ہے، اور سکنٹیوریئیٹ (succenturiate = اضافی) حصے عام ہوتے ہیں۔ (دیکھو تصاویر ۱۹۷ و ۱۹۸)۔

(ب) اووم (بیضہ) اپر یوٹرائن سگمنٹ (بالائی قطعہ رحم) میں ہی مفروش ہوتا ہے اور حسب معمول ایک ڈیسیڈوا کیپسولیرس (decidua capsularis = غشاء ساقط کیسوی) بھی نمویاب ہوجاتا ہے۔ لیکن ڈیسیڈوا کیپسولیرس (غشاء ساقط کیسوی) سے جو ولائی (خملات) ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں ان میں ذبولی تغیرات واقع نہیں ہوتے، اس کے بجائے وہ ولائی (خملات) تکاثر کرتے رہیں، اور جب اووم (بیضہ) کی بالیدگی کی وجہ سے لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) کا ڈیسیڈوا ویرا (decidua vera = غشاء ساقط صادق) ڈیسیڈوا کیپسولیرس (غشاء ساقط کیسوی) سے مل جاتا ہے تو وہ اس ڈیسیڈوا ویرا (غشاء ساقط صادق) میں گھس جاتے ہیں۔ ڈیسیڈوا کیپسولیرس (غشاء ساقط کیسوی) سے ڈھکے ہوئے ولائی (خملات) کا تکاثر جاری رہنے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کا ایک جزو لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) پر بن جاتا ہے۔ 482

اس قسم کو بعض اوقات کیپسولیرس پلیسنٹا (capsularis placenta= کیسوی مشیمہ) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے (دیکھو تصویر ۳۲)۔

امراضیاتی تشریح۔ پلیسنٹا (مشیمہ) طبعی سے زیادہ رقبہ گھیرے ہوئے ہوتا ہے۔ بسا اوقات یہ منحط ہوتا ہے اور اس میں ان فارکٹز (infarcts= مفعمات) پائے جاتے ہیں جن میں کیلسی فیکیشن (calcification= تکلیس) واقع ہو سکتی ہے۔ ان تغیرات کی توجیہ اس طرح کی جا سکتی ہے کہ پلیسنٹل سائٹ (مشیمی مقام) کو جو رسد خون حاصل ہوتی ہے وہ نسبتاً بہت ہی قلیل ہوتی ہے۔ کارڈ (حبل) بسا اوقات حاشیہ پر منتہی ہوتا ہے۔

رحم کا لوئر سیگمنٹ (زیریں قطعہ) اور سروکس (عنق) معمول سے زیادہ دبیز اور زیادہ پُرعروق ہوتے ہیں۔ وہ زیادہ خوبی کے ساتھ کشادہ نہیں ہو سکتے اور زیادہ آسانی کے ساتھ چاک ہو جاتے ہیں۔

ہیمرج (نزف) کا سبب۔ یہ ہیمرج (نزف) مادری بلڈ سائینسز (blood sinuses= دموی جوفوں) سے آتا ہے یعنی جوں جوں سروکس (عنق) کشادہ ہوتا ہے پلیسنٹا (مشیمہ) کی علیحدگی سے وہ بھی کھلتے جاتے ہیں۔ قطع نظر ان اصابتوں کے جن میں دست ورزی کی اثناء میں پلیسنٹا (مشیمہ) بیچ میں سے چاک ہو جاتا ہے کوئی مہلک ہیمرج (نزف) واقع نہیں ہوتا۔

بعض اوقات وضع حمل شروع ہونے سے قبل ہی خون بہنے لگتا ہے ان اصابتوں کی توجیہ یہ ہے کہ گاہے حمل کے چند آخری ہفتوں میں بے درد رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) ہوتے ہیں کہ جن سے انٹرنل آس (اندرونی فم) کھل جاتا ہے۔

علامات اور وضع حمل کا حمر

مریضہ کو گاہے پورے وقت پر لیکن زیادہ کثرت کے ساتھ حمل کے آخری تین مہینوں کے بعد و بیجا (بنا دہیل) سے خفیف ہیمریجز (hæmorrhages= نزفات) آتے معلوم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ بظاہر بغیر کسی سبب کے اور شائد آدھی رات کو ہونے لگیں

لیکن ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) کی طرح یہ بھی ممکن ہے کہ یہ سخت ورزش اور ضرب کا نتیجہ ہوں۔ ان خفیف ہیمریجز (نزفات) کے بعد ایک مسلسل بھورا مواد خارج ہوتا ہے۔ اگرچہ عام طور پر مکرر خفیف ہیمریجز (نزفات) ہی دیکھنے میں آتے ہیں تاہم ممکن ہے کہ پہلا ہیمریج (نزف) شدید ثابت ہو۔

وضع حمل اکتا دینے والا ثابت ہوتا ہے خاص کر پہلے درجہ میں کیونکہ رحم کا فعل کمزور ہوتا ہے۔ پانی کا معمولی تھیلا موجود نہیں ہوتا کیونکہ اووم (بیضہ) کا زیریں قطب پلیسنٹا (مشیمہ) سے بنا ہوتا ہے چنانچہ یہ پلیسنٹا (مشیمہ) پانی کے تھیلے کے موسع اثر کو، اور رحم پر اس کے ہیج اثر کو کم کر دیتا ہے۔ جب تھیلے کا انشقاق ہو جاتا ہے تو پریزنٹنگ (تطرقی) حصے کا محرک اثر کہ جس سے رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) پیدا ہوتے ہیں بیچ میں پلیسنٹا (مشیمہ) حائل ہونے کی وجہ سے گھٹ جاتا ہے۔ نیز لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) زیادہ دبیز اور زیادہ پرعروق ہونے کی وجہ سے کم آسانی سے کشادہ ہوتا ہے۔ خون کا نقصان، رحم کے فعل کی کمزوری کو اور بڑھاتا ہے۔

تیسرے درجہ میں مندرجہ ذیل وجوہات سے فوری اور متوالی پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد الولادتی نزف) کی پیچیدگی ہونے کا احتمال ہے۔

چونکہ مریضہ خون ضائع ہو جانے کی وجہ سے کمزور ہوتی ہے لہٰذا ممکن ہے کہ رحم سُست ہی رہے۔ پلیسنٹل سائٹ (مشیمی مقام) معمول سے زیادہ بڑا ہوتا ہے اور لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) پر واقع ہوتا ہے، اور یہ لوئر سیگمنٹ (زیریں قطعہ) اس زور سے اور اتنی جلد باز کشیدہ نہیں ہوتا کہ جس زور سے اور جتنی جلد اپر یوٹرائن سیگمنٹ (بالائی قطعہ رحم) باز کشیدہ ہوتا ہے۔ اگر ولادت کرانے میں ضرورت سے زائد قوت استعمال کی جائے تو لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) اور سروکس (عنق) کی لیسریشنز (lacerations = دریدگیوں) سے ادماء ہونا ایک عام امر ہے۔ 483

تشخیص

پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) کی تشخیص کرنے کا واحد یقینی طریقہ یہ ہے کہ

انٹرنل آس (اندرونی فم) کی راہ سے انگلی ڈالنے پر پلیسنٹا (مشیمہ) محسوس کیا جائے۔

مندرجہ ذیل امور اس کی موجودگی کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔

خفیف اور مکرر ضیاع خون کی سرگذشت۔

شکمی امتحان پر اصابت کی نوعیت کا پتہ اس سے ملتا ہے کہ بچہ ترچھا پڑا ہوا یا بچے کا سر پیلوس (حوض) کی برم (لگر) سے اوپر پڑا ہوا معلوم ہوتا ہے کیونکہ پلیسنٹا (مشیمہ) لوئر سیگمنٹ (زیریں قطعہ) کو بھرے ہوئے ہوتا ہے۔ رحم حس کرنے پر باقی ہر طرح سے طبعی ہوتا ہے۔

تاہم یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ اگر ماں کا پیلوس (حوض) کانٹریکٹیڈ (منقبض) ہو یا بچہ کا سر طبعی سے زیادہ بڑا ہو تو بچہ کی مذکورہ بالا وضعیں ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) کی صورت میں بھی پائی جا سکتی ہیں۔

ویجائنل (مہبلی) امتحان پر پلیسنٹا (مشیمہ) سے بنا ہوا اسفنجی تودہ ایک یا دوسرے فارنکس (fornix= قبوہ) میں سے حس کیا جا سکتا ہے یا اگر سر تطریق کر رہا ہو تو سر ایک فارنکس (قبوہ) میں صاف صاف اور دوسرے میں غیر واضح طور پر محسوس ہوتا ہے۔ لیکن یقینی تشخیص ایسی صورت میں ممکن ہے جب کہ آس (فم) کھلا ہوا ہو۔ اگر بریچ (سرین) تطریق کر رہی ہو تو ویجائنل (مہبلی) امتحان زیادہ مفید ثابت نہیں ہوتا تا وقتیکہ آس (فم) کھل نہ جائے۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کی مادری سطح میں اور ایک خون کے تھکے میں اس طرح تمیز کرتے ہیں کہ اول الذکر کی سطح زیادہ مضبوط، زیادہ ریشہ دار اور کم شکستنی ہوتی ہے۔

ان ایوائیڈیبل ہیمریج (ناگزیر نزف) اور ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) میں تشخیص کرنی ضروری ہے۔ یہ اس بنا پر کی جاتی ہے کہ ان ایوائیڈیبل ہیمریج (ناگزیر نزف) میں ویجائنل (مہبلی) امتحان پر پلیسنٹا (مشیمہ) محسوس ہوتا ہے۔

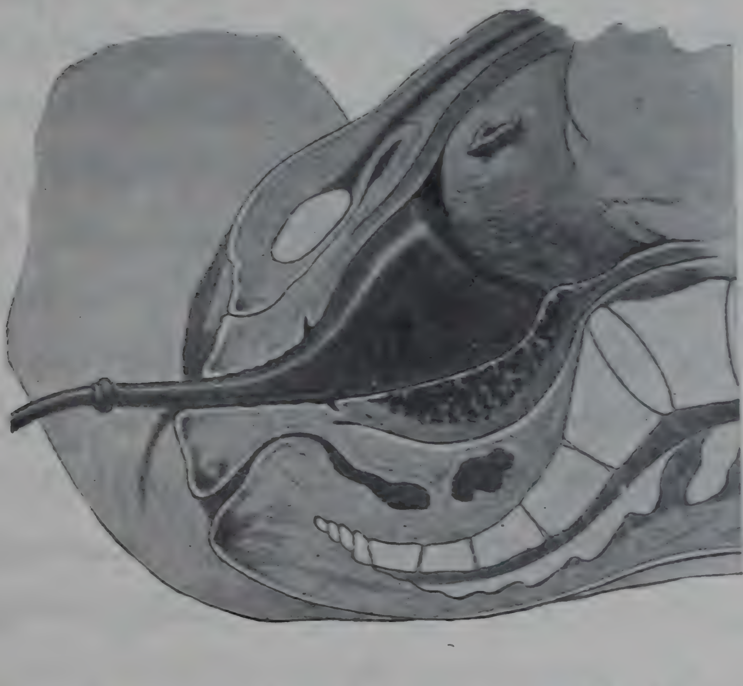
انذار

مادری۔ ماں کا انذار زیادہ تر اس پر منحصر ہوگا کہ رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) موجود ہیں یا مفقود، ہیمریج (نزف) کی مقدار کیا ہے اور اس امر پر کہ موثر جراحتی امداد کس وقت پر

جا کر حاصل ہوتی ہے۔ ہیمرج (نزف) کی مقدار ایک نامکمل پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) کی نسبت مکمل پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) میں زیادہ ہوتی ہے۔ یہ امر کہ مریضہ کو پہلے پہل کس وقت دیکھا گیا بہت اہم ہے، کیونکہ اکثر مثالوں میں قبل اس کے کہ کوئی ماہرانہ علاج عمل میں لایا جا سکے، مریضہ کا بہت خون بہ جاتا ہے یا وہ ان فیکٹڈ (infected = سرایت زدہ) ہو جاتی ہے۔

انذار سب سے زیادہ تشویشناک ایک پرمی گریویڈا (primigravida = اولین حاملہ) کی صورت میں ہوتا ہے کہ جس کا سروکس (عنق) سخت ہو۔

ماوری شرح اموات بہت زیادہ ہے، اور موت کے اسباب یہ ہیں، سیپسس (عفونت) اور ہیمرج (نزف)، خواہ یہ انٹی پارٹم (قبل الولادتی) ہو یا پوسٹ پارٹم (بعد الولادتی)۔
484 بڑی شرح اموات ہونے کے اسباب میں سے چند ایک یہ ہیں، آلتی ولادت سے صدمہ پیدا ہونا،



تصویر ۲۰۲۔ ایک نامکمل پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) کی اصابت میں ڈی ریبز (de Ribes) کا تھیلا امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) میں داخل کر کے پلیسنٹل سائٹ (مشیمی مقام) پر دباؤ ڈالا گیا ہے۔

اور پلیسنٹا (مشیمہ) بہت وسعت پر سے علیحدہ ہونے کی صورت میں ہیمریج (نزف) ہونا۔ پیورپریم (نفاس) میں ایک کثیر الوقوع پیچیدگی سیپ سس (عفونت زدگی) ہے، اس کی وجہ ایک تو یہ ہے کہ مریضہ کی قوت مدافعت، خون کے ضیاع کی وجہ سے گھٹ چکی ہوتی ہے، دوسرے یہ وجہ بھی ہے کہ مطلوبہ وست ورزیوں میں عضویات رحم میں چلے جاتے ہیں کیونکہ پلیسنٹل سائٹ (مشیمی مقام) بہت نیچے واقع ہوتا ہے اور ان فیکشن (infection = سرایت) کو اس تک رسائی پانا آسان ہوتا ہے۔

پوسٹ پارٹم ہیمرنج (بعد الولادتی نزف) ان اسباب سے واقع ہوسکتا ہے، رحمی انرشیا (inertia = جمود) پلیسنٹل سائٹ (مشیمی مقام) کا جسامت میں بڑا ہونا، پلیسنٹل سائٹ (مشیمی مقام) کا بہت نیچے واقع ہونا کہ جہاں رحم کی قوت بازکشید گی کمزور ہوتی ہے، اور پُرعروق سروکس (عنق) کی لیسرلیشنز (دریدہ گیاں)۔ متوالی پوسٹ پارٹم ہیمرنج (بعد الولادتی نزف) بھی واقع ہوسکتا ہے۔ ایک ایسی مریضہ کے لئے جو پہلے ہی بے خون ہو، تھوڑا سا ہیمرنج (نزف) بھی مہلک ثابت ہوسکتا ہے۔ ان مریضات میں پلمنری امبولزم (pulmonary embolism = رئوی سداویت) کا بھی احتمال ہوتا ہے خواہ اسکے ساتھ قابل شناخت تھرامبوسس (thrombosis = علقیت) ہو یا نہ ہو۔

جنینی۔ بچہ کے حق میں انذار خراب ہے، کُل بچوں میں سے ۶۵ فی صدی تو مردہ تولد ہوتے ہیں اور باقی کی ایک بہت بڑی تعداد پیدائش کے بعد جلد ہی مرجاتی ہے۔

جنین کی موت کے اسباب یہ ہیں، پری میچورٹی (prematurity = قبل از میعاد ہونا) (تقریباً ۰۷ فی صدی میں وضع حمل قبل از وقت ہوتا ہے) اور اسفکسیا (اختناق) جو کہ آکسیجن کی کمی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ کمی پلیسنٹا (مشیمہ) کے جدا ہونے اور پلیسنٹل لیسریشن (مشیمی دریدگی) سے ہیمرنج (نزف) واقع ہونے کے سبب سے ہوتی ہے یا اسلئے واقع ہوتی ہے کہ دوران ولادت میں امبلائکل کارڈ (سری حبل) دب جاتا ہے۔

علاج

پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) اگر زمانہ حمل میں تشخیص ہوجائے، تو مریضہ کو بشرط امکان

کسی ادارہ میں منتقل کر دینا چاہیئے، یا کم از کم مستمر طبی مشاہدہ کے تحت رکھنا چاہیئے۔ مشاہدہ کی اثناء میں اگر متوالی ادماء ہو تو خواہ وضع حمل حقیقۃً شروع ہوا ہو یا نہوا ہو، حسب ذیل علاج کرنا چاہیئے۔

اگر سروکس (عنق) بند ہو اور سروائیکل (عنقی قنال) مقفر نہ ہو تو اتنا ہی کافی ہوگا کہ اغشیہ کو کسی کند آلہ کے ذریعہ شق کر دیا جائے اور پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ کو پلیسنٹل سائٹ (مشیمی مقام) پر دبائے رکھنے کی غرض سے ایک بائنڈر (شکم بند) لگا دیا جائے۔ یہ سادہ علاج، ایسی اصابت کے لئے کہ جس میں پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) صرف جزوی ہو اور ادماء محض خفیف ہو نہایت ہی مفید ہے۔ اگر ادماء زیادہ شدید ہو تو ویجائنا (مہبل) کا اس طرح



تصویر ۲۰۳۔ انٹی پارٹم ہیمریج (قبل الولادتی نزف) کا علاج بذریعہ ورشن (گردش) کیا گیا ہے۔

ٹانگ کے ساتھ جو وزن لٹکایا گیا ہے وہ بالعموم ضروری نہیں ہوتا، لیکن جب ورشن (گردش) کی تکمیل ہو جانے کے بعد خون کا ٹپلار ساؤ جاری رہے تو یہ مفید ہوتا ہے۔

جس طرح کہ صفحہ 475 پر بتایا گیا ہے، پلگنگ (اصمام) کر دینا چاہیئے، اور ایک بائنڈر

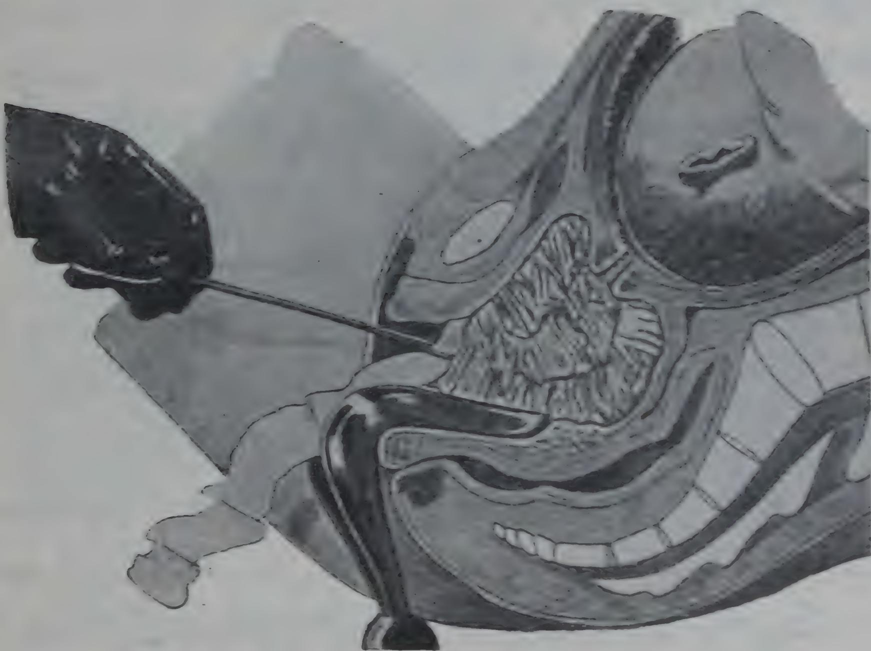
(شکم بند) بھی لگا دینا چاہیئے ۔ نظری طور پر تو ویجائنل پلگ (جھیلی صمام) اس وقت داخل کرنا چاہئے جب کہ اغشیہ مشقوق ہو جائیں، لیکن مزاولت میں یہ دیکھا گیا ہے کہ اغشیہ سالم ہونے کی حالت میں بھی پلگ (صمام) ویسا ہی موثر طور پر عمل کرتا ہے نیز بعد میں اگر ورشن (گردش) کی ضرورت پڑے تو اغشیہ کا ایک غیر مشقوق تھیلا اس میں آسانی بہم پہنچاتا ہے ۔

اگر سروکس (عنق) میں ایک انگلی کی گنجائش ہو تو اصابت کا علاج یہ ہے کہ ایمنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) میں چمپٹیر ڈی ربیز (Champetier de Ribes) کا تھیلا داخل کر دیا جاتا ہے (تصویر ۲۰۲) یا فور ملکنگ (پیش آئند) سر پر ولٹ (Willett) کا فارسیپز (کلاب) لگا کر اس کے ساتھ ۲ پونڈ وزن باندھ دیا جاتا ہے ۔ اگر سروکس (عنق) میں دو انگلی کی گنجائش ہو تو بچہ کو فوراً ایکسٹرکٹ (تخریج) نہیں کیا جاتا بلکہ بائی پولر پوڈالک ورشن (bipolar podalic version= قطبینی قدمی گردش) کیجاتی ہے اور اگر ساؤ (oozing) جاری رہے تو ٹانگ کے ساتھ ایک وزن باندھ دیا جاتا ہے (تصویر ۲۰۳) ۔

ان دونوں میں سے ہر ایک طریقہ اپنے اندر فوائد بھی رکھتا ہے اور نقصانات بھی ۔ ورشن (گردش) کے لئے اوزاروں کی ضرورت نہیں، اور اس سے بغیر کسی مزید مداخلت کے ہمیشہ ولادت ہو جایا کرتی ہے، لیکن جنینی اموات بہت زیادہ ہوتی ہیں، اور اگر آس (فم) میں صرف دو ہی انگلیاں سما سکتی ہوں تو اس عملیہ میں بڑی چابکدستی کی ضرورت ہوتی ہے ۔ برخلاف اسکے ڈی ربیز (de Ribes) کا تھیلا آسانی سے داخل کیا جا سکتا ہے اور بچہ کے حق میں زیادہ مفید پڑتا ہے ۔ اس کے نقصانات یہ ہیں کہ اس کے ادخال سے بسا اوقات بچہ کا سر اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اور نتیجہ کے طور پر اس کی لائی (اقتاد) ترچھی ہو جاتی ہے، نیز ممکن ہے کہ جب تھیلا خارج ہو تو ایک لمحہ کے لئے تیزی سے ہیمریج (نزف) واقع ہو ۔ مزید برآں عین اسوقت جب کہ تھیلے کی ضرورت پڑتی ہے تو ضروری نہیں کہ یہ دستیاب ہو جائے ۔ اس کا ربڑ بہت جلد خراب ہو جاتا ہے ۔

مجمل طور پر بیان کیا جا سکتا ہے کہ اگر بچہ زندہ اور قابل حیات ہو اور اگر ماں کی حالت اتنی اچھی ہو کہ وہ ضرورت پڑنے پر ایک دوسرا این اینتھیٹک (معدم حس) بھی سہار سکتی ہو تو تھیلا استعمال کرنا چاہئے، خاص کر جب آس (فم) ٹھیک اس جسامت کا ہو جو کہ اوپر بیان کی گئی ہے، یا ولٹ (Willett) کے فارسیپز (کلاب) کے ذریعہ ٹریکشن (جر) کرنا چاہئے ۔ اس کے برعکس اگر بچہ

مردہ یا ناقابل حیات ہو، ماں بے خون ہو اور اس کے لئے دوسرا این استھیٹک (معدم حس) اندیشہ ناک ثابت ہو سکتا ہو اور آس (فم) نیم کشادہ ہو تو پسندیدہ ترین علاج ورشن (گروش) ہے۔ سنٹرل پلیسنٹا پریویا (مرکزی مشیمہ متقدم) کی صورت میں بھی ورشن (گروش) ہی کو ترجیح دینی چاہئے، کیونکہ زندہ بچہ پیدا ہونے کے امکانات بہت کم ہیں۔ ان تمام اصابتوں میں جن میں آس (فم) آدھا یا آدھے سے زیادہ کشادہ ہو اس کو اور بھی کشادہ کر دینا کہ جس سے اندرونی ورشن (گروش) انجام دینی ممکن ہو جائے، بالکل آسان ہوتا ہے۔ خواہ کوئی بھی طریق علاج انتخاب

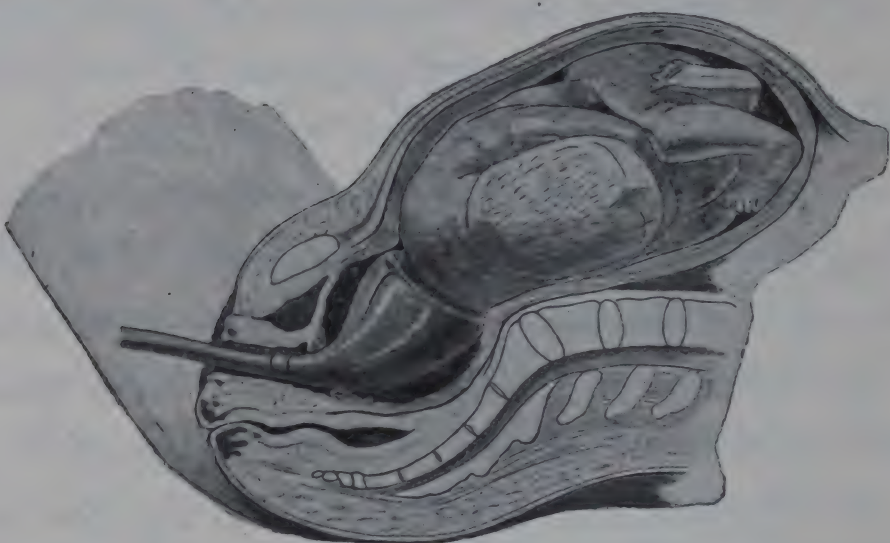


تصویر ۲.۴۔ ایک نامکمل پلیسنٹا پریویا (مشیمۂ متقدم) کی اصابت میں کہ جس میں سرکس (عنق) کشادہ نہیں ہے، ویجائنل پلگ (مہبلی صمام) لگا ہوا دکھایا گیا ہے۔

کیا جائے، اس کے بعد ہر حالت میں پیٹ کے گرد ایک مضبوط بائنڈر (binder = شکم بند) استعمال کرنا ضروری ہے۔

جوں ہی ایک ٹانگ نیچے آجاتی ہے یا تھیلا سیال سے بھر جاتا ہے، اسی وقت پلیسنٹل سائٹ (مقام مشیمہ) پر دباؤ پڑنے سے ہیمرج (نزف) بند ہو جاتا ہے۔ اگر پھر بھی رساؤ جاری رہے تو تھیلے کی گردن سے ایک دو پونڈ کا وزن باندھ کر، یا ٹانگ کو کھینچ کر مزید دباؤ ڈالا جاسکتا ہے (تصویر ۲۰۴)۔

اگر آس (فم) اتنا کشادہ نہ ہو کہ اس میں تھیلا داخل کیا جاسکے، تو اس طرح جس طرح کہ صفحہ 475 پر بیان کیا گیا ہے، ویجائنا (مہبل) کا پلگنگ (اصمام) کر دینا چاہیے۔ ویجائنا (مہبل) کے پلگنگ (اصمام) کا بدل یہ ہے کہ مریضہ کو لتھاٹومی (lithotomy = حصاۃ شگافی)



تصویر ۲۰۵۔ ایک سنٹرل پلیسنٹا پریویا (مرکزی مشیمہ متقدم) کی اصابت میں ڈی ریبز (de Ribes) کا تھیلا استعمال کیا گیا ہے، پر یزنٹنگ (تطریقی) حصہ کی غیر وضعیت بھی دکھائی گئی ہے۔

وضع میں لٹایا جائے، اور ایک این استھیٹک (معدم حس) کے اثر کے تحت ہیگار (Hegar) کے موسعات سے سروکس (عنق) کا اتساع کیا جائے یہاں تک کہ یہ اتنا بڑا ہو جائے کہ اس میں

تھیلا سما سکے۔

اگر سروکس (عنق) پورے طور پر متسع ہے تو یہ ضرور ہے کہ رحم کا فعل اچھا ہوا ہوگا، اور اگر سر تطریق کرتا ہو تو اغشیہ کو شق کر دینے سے غالباً یہ نیچے آجائے گا اور پلیسنٹل سائٹ (مقام مشیمہ) کو بھینچ کر ادماء کو روک دے گا۔ اگر یہ نتیجہ برآمد نہ ہو تو فارسیپز (کلاب) کے ذریعہ ولادت انجام دینی چاہئے، کیونکہ ورشن (گردش) سے ولادت کرانا کم آسان ہے اور اس سے زیادہ صدمہ ہوتا ہے۔

جن اصابتوں میں پلیسنٹا (مشیمہ) مکمل طور پر پریویا (متقدم) ہو اور اغشیہ تک پہنچنا ممکن نہ ہو، ان میں کوئی دست ورزی انجام دینے، مثلاً ورشن (گردش) کے ذریعہ ایک ٹانگ نیچے لانے، یا اندر تھیلا داخل کرنے سے قبل یہ ضروری ہے کہ خود پلیسنٹا (مشیمہ) میں پرفوریشن (انثقاب) کر دیا جائے۔

پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) کے مہمات علاج کے متعلق ہرمین (Herman) کا اصول اب بھی درست ہے یعنی "بہت جلد گھمانا، آہستہ نکالنا، اور عفونت کش"۔ اگر ہاف بریچ (half breech = نصف سفل) یا تھیلے کا دباؤ ڈالکر اور بضرورت کھینچکر یا وزن باندھ کر ادماء روک دیا جائے تو پھر عجلت کی بالکل ضرورت نہیں ہے، بلکہ حقیقت یہ ہے کہ عمدہ رحمی فعل پیدا کرنے کے سوا اور جو کچھ بھی وضع حمل میں تعجیل پیدا کرنے کے لئے کیا جاتا ہے وہ غلط قبالت کاری ہے۔ مقصد یہ نہیں ہونا چاہئے کہ بچہ کو ٹانگ سے گھسیٹ کے یا تھیلے کو نکال کر اور بچہ کو ایکسٹرکٹ (تخریج) کر کے رحم کو حتی الامکان جلد خالی کر دیا جائے، بلکہ یہ مقصد ہونا چاہئے کہ رحم جب خالی ہو تو یہ یقینی طور پر اور اچھی طرح بازکشیدہ ہو جائے۔ بچہ کے اخراج میں رحم خود جس قدر بھی زیادہ حصہ لے اتنا ہی اچھا ہے۔ اگر مریضہ ضیاع خون کی وجہ سے خستہ ہو تو عمدہ رحمی فعل ممکن نہیں ہوتا، اسی وجہ سے "آہستہ ایکسٹرکٹ (تخریج) کرنے" کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ جونہی کہ ادماء رک جاتا ہے، مریضہ کو حرارت، تغذیہ، اور شائد نیند کی مدد سے ادماء کے اثرات سے بحال ہونے کا موقعہ حاصل ہوتا ہے۔ رحمی فعل سے بچہ خارج ہو چکنے کے بعد بازکشیدگی مؤثر درجہ تک موجود ہوتی ہے، اور یہ پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) میں مانع آتی ہے۔ 48

ان ایوائیڈیبل ہیمرنیج (ناگزیر نزف) میں اگر اس امر کی خاص اہمیت ہو کہ ایک زندہ کامل المیعاد بچہ پیدا ہو، مثلاً اگر مریضہ پرمی گریویڈا (اولین حاملہ) اور چالیس سال سے اوپر کی ہو اور اس کو آئندہ استقرار حمل کے امکانات بہت کم ہوں تو سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) کی ضرورت ہے۔ نیز اگر ولادت میں خفیف ترین دشواری کا بھی اندیشہ ہو مثلاً پلوس (حوض) کے خفیف کانٹریکشن (انقباض) کی وجہ سے تو اس صورت میں بھی یہی عملیہ انجام دینا چاہیئے۔ اس طرح رحم کا نٹریکٹڈ (منقبض) نہ ہوتا ہو اور سروکس (عنق) استوار ہو تو بھی اسی عملیہ کی ضرورت ہے۔ جو مریضات ایکلیمپسیا (eclampsia= انشاج) اور ان ایوائیڈیبل ہیمرنیج (ناگزیر نزف) دونوں میں مبتلا ہوں ان کو سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) سے ولادت کرانی چاہیئے۔ اگر سنٹرل پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم مرکزی) ہو، خاص کر پرمی گریویڈا (اولین حاملہ) میں، اور بچہ زندہ ہو، تو ولادت کرانے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مناسب حالات میں سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) انجام دیا جائے۔

سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) میں جو خطرات اور دشواریاں ہیں وہ عملیہ کی اپنی انجام دہی میں نہیں بلکہ تقریباً تمام تر اس کے ٹیکنیک (technique= طرز عمل) کے ساتھ متعلق ہیں، لہٰذا طالب علم کو یاد رکھنا چاہیئے کہ گو ماہرانہ امداد اور مناسب ماحول کے ہوتے ہوئے یہ عملیہ نہایت ہی خالی از خطر ہے، لیکن اس وقت جب کہ مخالف صورت حالات ہو یہ نہایت ہی پُرخطر ہوتا ہے اور اس کی شرح اموات بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اگر پہلے ویجائنل پلگنگ (مہبلی اصمام) کے ذریعہ علاج کیا گیا ہو تو سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) کے خطرات بڑھ جاتے ہیں۔

علاج وضع حمل ختم ہونے کے بعد

یہ اس علاج کے مماثل ہے جو کہ اسی عنوان کے تحت ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) کے لئے بیان کیا گیا ہے۔

باب چہل 48

پوسٹ پارٹم ہیمریج (POSTPARTUM HÆMORRHAGE = بعد الولادتی نزف)

تعریف

پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد الولادتی نزف) سے مراد وہ مفرط ادمار ہے جو بچہ کے اخراج کے بعد جینیٹل (تناسلی) خطہ سے واقع ہوتا ہے۔

دو اقسام متعارف ہیں

۱۔ ہیمریج (نزف) پلیسنٹل سائٹ (مقام مشیمہ) سے۔

۲۔ ہیمریج (نزف) جینٹل ٹریکٹ (تناسلی خط) کی لیسریشنز (دریدگیوں) سے۔

ان میں سے اول الذکر ہیمریج (نزف) زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے اور کہیں زیادہ تشویشناک ہوتا ہے۔

ہیمریج (نزف) پلیسنٹل سائٹ (مقام مشیمہ) سے

امراضیات

یہ ناممکن ہے کہ جب پلیسنٹا (مشیمہ) جدا ہو تو اس کے ساتھ رحم کے مادری جوفوں سے

مفتوح دہنے مکشوف نہ ہوں، لہٰذا وضع حمل کے تیسرے درجہ میں کچھ نہ کچھ خون نکلنا ضروری ہے۔
طبعی وضع حمل میں اس طرح بالعموم ۸ اونس خون ضائع ہوتا ہے۔ عام طور پر ایک پائنٹ (pint) یا اس سے زیادہ کے ضیاع کو امر اضیاقی تصور کیا جاتا ہے، لیکن ہر اس ضیاع کو جو نبض پر بُرا اثر ڈالتا ہو پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد الولادتی نزف) ہی تصور کرنا چاہیئے۔
طبعی حالات میں وہ میکانیہ کہ جس کے ذریعہ ضیاع خون کو قابو میں لایا جاتا ہے، رحم کی باز کشیدگی ہے۔
رحمی عضلی ریشے جو رحم کی دیوار کے عروق کے گرد اگرد ہوتے ہیں، اپنی باز کشیدگی کے ذریعہ ان عروق کے درونہ کو بھینچتے ہیں، اور اس طرح ہیمریج (نزف) رُک جاتا ہے۔
ادعاء قدرتی طور پر اسی طریقہ پر بند ہوتا ہے، اور کسی دوسرے طریقے پر نہیں ہوتا۔ خون کی ترویب بجائے خود کافی نہیں ہوتی، جیسا کہ اس امر سے ظاہر ہے کہ اگر باز کشیدگی قائم نہ رہے تو ثانوی پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد الولادتی نزف) واقع ہوتا ہے۔ جن حالتوں میں خون کی ترویبی قوت ناقص ہوتی ہے، مثلاً پرپیورا (purpura) میں، ان میں بھی اگر رحم خوب باز کشیدہ ہو جائے تو بہت کم ہیمریج (نزف) واقع ہوتا ہے۔

490

تواتر

تواتر زیادہ تر اس پر منحصر ہے کہ وضع حمل کے تیسرے درجہ کا انصرام کس طرز سے کیا گیا ہے۔ اگر موثر جراحتی امداد میسر ہو تو مہلک ہیمریج (نزف) دیکھنے میں نہیں آنا چاہیئے۔ ایک یا دو پائنٹ کے ضیاع سے بچنا ہمیشہ ممکن نہیں ہوتا، اور یہ ½ تا ۱ فی صدی مثالوں میں واقع ہوتا ہے۔

سبب

پلیسنٹل سائٹ (مشیمی مقام) سے پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد الولادتی نزف) ہونے کا سبب، رحم کی غیر موثر باز کشیدگی ہے۔ یہ بدیہی امر ہے کہ اس سبب سے ادعاء واقع ہونے کی اصابتوں کو دو گروہوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔
۱۔ وہ اصابتیں جن میں باز کشیدگی اس لئے ناکامل ہوتی ہے کہ رحم خالی نہیں ہوتا۔

۲۔ وہ اصابتیں جن میں رحم خالی ہوتا ہے۔ ان میں بازکشیدگی کی عدم تکمیل یا فقدان مختلف درجہ کی رحمی خستگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔

ہیمرتیج (نزف) پلیسنٹا (مشیمہ) کے خارج ہونے سے قبل۔ اس کا سبب بغیر کسی استثنا کے یہ ہوتا ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کی علیحدگی جزوی طور پر ہوتی ہے۔ یہ امر واضح ہے کہ جب تک پلیسنٹا (مشیمہ) سارے کا سارا خارج نہ ہو بازکشیدگی مکمل نہیں ہوسکتی۔

ہیمرتیج (نزف) پلیسنٹا (مشیمہ) کے خارج ہو چکنے کے بعد۔ اس کا سب سے بڑا سبب یہ ہے کہ رحم کے خالی ہو جانے کے باوجود بازکشیدگی واقع نہیں ہوتی۔ دیگر اسباب پلیسنٹل سائٹ (مقام مشیمہ) کا عظیم الجسامت ہونا یا بعض کیفیات دموی ہیں۔ ناکامل بازکشیدگی کی بہترین مثال وہ رحمی بے تنشی ہے جو کہ خستگی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ بے تنشی کے دیگر اسباب یہ ہیں۔ ٹون (توامی) حمل یا ہائڈرامینیاس (کثرت رحل) یا کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمرتیج (پوشیدہ اتفاقی نزف) سے رحم کا متمدد ہو جانا۔ طویل اور عمیق این استھیسیا (عدم حسیت)۔ ملٹی پیریٹی (multiparity = کثیر الولادتی) جس سے عضلی ریشوں کا انحطاط ہو گیا ہو۔ رحم کا فائبرائڈ ٹیومر (سلعہ لیفیہ) جس میں کافی عضلی ریشے نہ ہونے کی وجہ سے ایک تو وہ خود بھی بازکشیدہ نہیں ہو سکتا، اس کے علاوہ وہ ایک جسم غریبہ کا کام دیتا ہے اور رحم کو مجموعی طور پر بازکشیدہ ہونے سے روکتا ہے۔ وہ اینیمیا (عدم دمویت) جو کہ انٹی پارٹم ہیمرتیج (قبل الولادتی نزف) کا نتیجہ ہو۔ یا ایسا پلیسنٹا پرویا (مشیمہ متقدم) کہ جس میں پلیسنٹل سائٹ (مقام مشیمہ) لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) میں واقع ہو کیونکہ اس جگہ بازکشیدگی کی قوت کم ہوتی ہے۔

ٹوئنز (twins = توامون) اور پلیسنٹا پرویا (مشیمہ متقدم) میں چونکہ پلیسنٹل سائٹ (مقام مشیمہ) کی جسامت معمول سے زیادہ بڑی ہوتی ہے، اس لئے خون کی زیادہ مقدار ضائع ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔

بعض دموی کیفیات، مثلاً پرپیورا (purpura = عدم دمویتوں)، ہیموفیلیا (hæmophilia = نزیفیت) اور یرقان میں، جو کہ شاذ اور نسبتہً غیر اہم کیفیات ہیں، خون کی زیادہ مقدار ضائع ہوتی ہے۔

تشخیص

ان اصابتوں میں جن میں ولوا (فرج) سے خون نکل رہا ہو ایک بڑی اکثریت میں
491 واحد سوال جو حل طلب ہوتا ہے یہ ہے کہ آیا خون پلیسنٹل سائٹ (مقام مشیمہ) سے آرہا ہے یا لیسریشنز (دریدگیوں) سے (نیچے ملاحظہ ہو) لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ یہ ممکن ہے کہ ایک بے تمنش رحم کے کھف میں شدید ہیمرج (نزف) واقع ہو لیکن بیرونی طور پر بہت ہیمرج (نزف) ظاہر نہ ہو لہذا تاوقتیکہ یہ اطمینان نہ کر لیا جائے کہ رحم متمدد نہیں ہو رہا ہے پوسٹ مارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) کا عدم وجود تسلیم نہیں کرنا چاہیئے۔

وضع حمل کے بعد ایسے ہیمرج (نزف) کو جو رفتار نبض میں قطعی اضافہ کر دینے کیلئے کافی ہو مفرط ہی تصور کرنا چاہیئے۔

رحم کے ان ورشن (ارتکاس) کی تشخیص اس طرح ہوتی ہے کہ ایک پالی پائیڈ (polypoid= سعدانہ نما) تو وہ جس کے ساتھ پلیسنٹا (مشیمہ) ہنوز چپکا ہوا ہوتا ہے ایسی مریضہ کے ویجائنا (مہبل) میں محسوس کیا جاتا ہے یا دیکھا جاتا ہے کہ جو صدمہ میں مبتلا ہوتی ہے اور یہ صدمہ اتنا زیادہ شدید ہوتا ہے کہ صرف ہیمرج (نزف) سے اس کی توجیہہ نہیں ہوسکتی۔

علامات

نہایت ہی شدید اصابتوں میں ذیل کی علامات ہوتی ہیں۔

شحوب۔ مریضہ کی جلد کی رنگت موم نما سفید ہو جاتی ہے اور ہونٹوں اور اغشیۂ مخاطی کا رنگ خاکستری مائل نیلا ہو جاتا ہے۔ کان جنکٹائوئ (conjunctivae= ملتحمات) کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے اور آنکھیں سرعت کے ساتھ اندر کو دھس جاتی ہیں۔

نبض۔ رفتار نبض بتدریج زیادہ تیز ہوتی جاتی ہے اور نبض قلیل الحجم اور کم تناؤ کی ہوتی ہے اور بالآخر اتنی چھوٹی ہو جاتی ہے کہ کلائی پر محسوس نہیں ہوسکتی۔ گاہے یہ فریب دہ ہوتی ہے یعنی کلائی پر کچھ دیر تک پُر اور سُست رفتار رہتی ہے اور بعد ازاں سرعت سے

کمزور پڑ جاتی ہے اور ناقابل شمار ہوجاتی ہے۔

تپش۔ یہ کم ہو جاتی ہے اور ممکن ہے ۹۶٫۵ تک پہنچ جائے۔

پیاس بالعموم موجود ہوتی ہے، اور بعض اوقات قئیں اور ابکائیاں بھی آتی ہیں۔

ڈِسپنیا (dyspnea= بُہر)۔ یہ بالعموم "ایر ہنگر" (air hunger= جوع الہوا) کی شکل اختیار کرتا ہے۔ سانس گہرا اور دِقّت طلب ہوتا ہے، اور مریضہ اپنے شُشوں میں آکسیجن کی زیادہ سے زیادہ ممکن مقدار لینے کی کوشش کرتی ہے جس سے تنفس کے معین عضلات کام کرنے لگ جاتے ہیں۔ ڈِسپنیا (بُہر) کے ساتھ بعض قلبی درد بھی ہوتا ہے۔

بے چینی شدید اصابتوں میں موجود ہوتی ہے۔ جوارح اِدھر اُدھر گرائے جاتے ہیں، یا تمام جسم کو حرکت دیجاتی ہے۔ بےچینی تشویشناک اہمیت رکھتی ہے۔

ایماروسس (amaurosis= کمنت)۔ عارضی مکمل اندھاپن پیدا ہوجاتا ہے، جس کی وجہ سے مریضہ اور اس کے اعزّا کو سخت خوف و امنگیر ہوجاتا ہے۔ اندھاپن چوبیس گھنٹے میں جاتا رہتا ہے اور تقریباً ہر اصابت میں صحتیابی مکمل ہوتی ہے۔

بالعموم ہوش گم نہیں ہوتا۔

انذار

فوری انذار مندرجہ ذیل امور پر منحصر ہے :۔

ا۔ خون کس رفتار سے ضائع ہوتا ہے۔

ب۔ اس کی کس قدر مقدار ضائع ہوتی ہے۔

ج۔ مریضہ کی گذشتہ حالت کیا تھی۔

د۔ صدمہ۔

چونکہ دوران حمل میں خون کی کل مقدار بڑھی ہوئی ہوتی ہے، لہٰذا ایک زچگی کی مریضہ 492 ہیمریج (نزف) کو نسبتہً اچھی طرح برداشت کرلیتی ہے، اور ممکن ہے کہ کئی پائنٹ (pint) خون ضائع ہوجانے پر بھی وہ صحتیاب ہوجائے، بشرطیکہ یہ ضیاع بہت ہی زیادہ سرعت سے نہ ہو۔ اس کے برخلاف اگر کوئی مریضہ انٹی پارٹم ہیمریج (قبل الولادتی نزف) سے پہلے ہی

بے خون ہو چکی ہو تو وہ سرعت کے ساتھ مر جائے گی خواہ ولادت کے بعد خون کی ذرا سی مقدار ہی ضائع ہو۔ اسی طرح جب کسی مریضہ سے بوقت ولادت خوب خون ضائع ہوا ہو، تو ایک نسبتاً خفیف سا ثانوی ہیمرج (نزف) اس کی حالت کو دگرگوں کر دیتا ہے۔

اگر کسی مریضہ کی قوت مدافعت اینیمیا (عدم دمویت) کی وجہ سے کم ہو گئی ہو تو وہ سپٹک ان فیکشن (عفونتی سرایت) کی خفیف سی مقدار کے خلاف بھی ردعمل نہیں کر سکتی، مریضہ کو اس ان فیکشن (سرایت زدگی) کا احتمال ان دست درزیوں کی وجہ سے ہوتا ہے جو ہیمرج (نزف) کو بند کرنے کے لئے ضروری ہوتی ہیں۔ قطع نظر نہایت ہی شاذ اصابتوں کے، ادماء اتنا وافر نہیں ہوتا کہ چند ہی منٹ میں موت واقع کر دے، لہٰذا اے سیپ سس (عدم عفونت) برابر قائم رکھنا چاہیئے خواہ ادماء بند کرنے میں چند سیکنڈ کی دیر ہی کیوں نہ ہو جائے۔

علاج

پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) کے علاج کو حفظ ماتقدمی اور شفائی میں تقسیم کیا جاتا ہے۔

حفظ ماتقدمی علاج۔ پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) کا حفظ ماتقدمی علاج ایک نہایت ہی اہم چیز ہے۔ لہٰذا اس غرض کے لئے مریضہ کا بغور امتحان کرنا چاہیئے تاکہ معلوم ہو کہ کوئی کمزور کرنے والا مرض تو موجود نہیں ہے، اور اگر موجود ہو تو اس کا مناسب ادویہ سے علاج کرنا چاہیئے۔ بعض مریضات میں یہ سرگذشت ملتی ہے کہ سابقہ ایک یا دو وضع الحملوں میں پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) واقع ہوا تھا۔ ایسی پیچیدگی کا جب کوئی سبب معلوم نہ ہو، تو اس مفروضہ کی بنا پر کہ مریضہ کے خون کے ترویبی خواص ناقص ہیں، حمل کے آخری مہینے کے دوران میں ہر تیسرے روز ۳۰ گرین کیلشیم لیکٹیٹ (calcium lactate) دینا چاہیئے جو کہ بظاہر کامیاب ثابت ہوا ہے۔ رحمی فعل کی موثریت کو بھی بڑھانے کی کوشش کرنی چاہیئے جس کے لئے کونین (quinine) دی جا سکتی ہے۔

مریضہ کے خون کو گروہ بند کرنا چاہیئے' اس خیال سے کہ شاید انٹراوینس ٹرانسفیوژن (intravenous transfusion= دروں وریدی نقل الدم) کی ضرورت پیش آئے۔

مزید براں وضع حمل کا انصرام احتیاط کے ساتھ اور مناسب طریق پر کرنا چاہیئے' اور بالخصوص اگر رحم کے خستہ ہو جانے کی کوئی امارت عیاں ہو تو دوسرے مرحلہ میں آلتی امداد دینی چاہیئے' اور تیسرے درجہ میں رحم کو ہاتھوں کے ذریعہ قابو میں رکھنا چاہیئے۔ ایک نہایت ہی اہم نکتہ یہ ہے کہ انٹی پارٹم ہیمرج (قبل الولادتی نزف) کو حتی الامکان جلد روک دینا چاہیئے' اور یہ تو ایک بدیہی امر ہے کہ وہ تمام سامان جو کسی وضع حمل کی اضافت میں ادماء کو روکنے کے لیے درکار ہوتا ہے مثلاً گرم پانی' نطول کا آلہ' زیر جلدی پچکاری' فی الفور دستیاب ہونا چاہیئے۔

فوری انذار' اتنا خون کی ضائع شدہ مقدار پر نہیں کہ جتنا ضیاع کی رفتار پر منحصر 493
ہوگا' چنانچہ ایک نہایت ہی شدید ہیمرج (نزف) ہلاک ثابت ہوتا ہے' حالانکہ اگر خون کی اتنی ہی مقدار تھوڑی تھوڑی کر کے ضائع ہو تو مریضہ بچ جاتی ہے۔ آخری انذار اس امر پر موقوف ہے کہ سیپسس (عفونت) موجود ہے یا نہیں۔ مریضات کو تھرامبوسس (thrombosis= علقیت) اور پلمنری امبولزم (pulmonary embolism= ریوی سداویت) ہونے کا بھی خصوصیت کے ساتھ خطرہ ہوتا ہے۔

علاج شافی ۔ علاج شافی اس پر منحصر ہے کہ آیا پلیسنٹا (مشیمہ) خارج ہوا ہے یا نہیں۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کی ولادت سے قبل۔ پہلا کام جو کرنا چاہیئے یہ ہے کہ رحم کو پلیسنٹا (مشیمہ) سے خالی کیا جائے۔ مریضہ کو پھرا کر پشت پر کر دو' اس کے پیٹ پر ہاتھ رکھو' رحم کو رگڑو یہاں تک کہ وہ سخت ہو جائے' اور پھر فنڈس (قعر) کو بھینچو اور پلیسنٹا (مشیمہ) کو دبا کر نکالنے کی کوشش کرو۔ رحم پر اس وقت جب کہ وہ ہنوز پلپلا ہی ہو دباؤ نہیں ڈالنا چاہیئے' مبادا وہ ان ورٹڈ (منکس) ہو جائے۔ اگر بھنچاؤ کے ذریعہ پلیسنٹا (مشیمہ) نہ نکل سکے تو اس سے یہ ثابت ہوگا کہ پلیسنٹا (مشیمہ) یا تو دیوار رحم سے مرضی طور پر

چپکا ہوا ہے، یا رحم کے زیریں حصہ کا مقامی کانٹریکشن (انقباض) پلیسنٹا (مشیمہ) کو محبوس کیئے ہوئے ہے [کانٹریکشن رنگ (contraction ring = حلقۂ انقباض)]۔ اس حالت
494 میں جب کہ رحم کا بھینچاؤ ناکامیاب ہوجائے، رحم میں ہاتھ ڈال کر پلیسنٹا (مشیمہ) کو نکالنا چاہیئے اس طرح جس طرح کہ صفحہ 513 پر بیان کیا گیا ہے ۔ بالعموم جب پلیسنٹا (مشیمہ) نکل چکتا ہے تو رحم خوب بازگشیدہ ہوجاتا ہے، اور مزید ہیمریج (نزف) بالکل نہیں ہوتا ۔ اگر برخلاف



تصویر ۲۰۶ ۔ رحم کا بائی مینول کمپریشن (دو دستی بھینچاؤ)

اس تصویر میں عامل مریضہ کی ٹانگوں کے درمیان کھڑا ہے ۔ مریضہ کو پلنگ کے وار پا مساس طرح لٹانا چاہیئے کہ اس کے سرین کنارے پر ٹکے ہوئے ہوں ۔ اگر مریضہ پلنگ پر پشت کے بل معمولی وضع میں پڑی ہوئی ہو تو بھی بائی مینول کمپریشن (دو دستی بھینچاؤ) اتنی ہی خوبی کے ساتھ انجام دیا جا سکتا ہے ۔ اس حالت میں عامل کے لئے اپنا دایاں ہاتھ ویجائنا (مہبل) میں ڈالنا اور بایاں ہاتھ مریضہ کے شکم پر رکھنا بدیہی طور پر آسان تر ہوتا ہے ۔

اس کے باز کشیدگی واقع نہ ہو تو مریضہ کا علاج اس طرح کرنا چاہیئے کہ جس طرح اگلے عنوان کے تحت درج کیا گیا ہے۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کی ولادت سے بعد۔ اگر پلیسنٹا (مشیمہ) کی ولادت کے بعد ہیمرج (نزف) ہو تو پہلا کام یہ ہے کہ رحم کو گرفت کیا جائے اور اس کو مضبوطی سے بھینچ کر خون سے خالی کر دینے کی کوشش کی جائے۔ یہ عمل اصابتوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں کافی ثابت ہوگا۔ اگر یہ علاج بھی ناکام رہے تو ایک ۱۱۰ ف درجہ تپش پر کا انٹرا یوٹرائن ڈوش (intra-uterine douche = درون رحمی نطول) دینا چاہیئے بشرطیکہ یہ پہلے سے تیار ہو کیونکہ اس کی تیاری میں وقت ضائع کرنے کی کچھ ضرورت نہیں۔ اگر یہ انٹرا یوٹرائن ڈوش (درون رحمی نطول) بھی ہیمرج (نزف) کو بند کرنے سے قاصر رہے یا یہ فی الفور میسر نہ ہو سکے، تو پھر بائی مینوئل کمپریشن (دو دستی بھنچاؤ) انجام دینا چاہیئے (تصویر ۲۰۶)۔

ان شاذ اصابتوں میں جن میں خون سے رحم متمدد ہوتا ہے، اگر مکمل اے سیپ سس (عدم عفونت) یقینی طور پر قائم رکھا جا سکے، تو رحم میں ہاتھ داخل کر کے تھکے کو دور کر دینا چاہیئے، یا بائی مینوئل کمپریشن (دو دستی بھنچاؤ) کے ذریعہ تھکے کو بھینچ کر نکال دینا چاہیئے۔ بائی مینوئل کمپریشن (دو دستی بھنچاؤ) اس طرح انجام دیا جاتا ہے۔ ویجائنا (مہبل) میں ایک ہاتھ داخل کرو۔ اس ہاتھ کی مٹھی بند ہونی چاہیئے اس طرح کہ ہاتھ کی پشت پیچھے کی طرف ہو اور نکلز (knuckles = ڈگے) مقدمی فارنکس (fornix = قبوہ) میں ہوں۔ دوسرے ہاتھ کو پیٹ پر رحم کی عقبی سطح پر رکھو اور اس بیرونی ہاتھ کے ذریعہ انٹی ورٹڈ (anteverted = پیش گردیدہ) رحم کو مٹھی پر دباؤ۔ اس طریقہ سے رحم کی عقبی دیوار مقدمی دیوار پر دبتی ہے، اور ہیمرج (نزف) رک جاتا ہے۔ کمپریشن (بھنچاؤ) کو اس وقت تک جاری رکھنا چاہیئے جب تک کہ رحم کی کانٹریکٹیلٹی (انقباض پذیری) بحال نہ ہو جائے۔ کمپریشن (بھنچاؤ) کو انجام دینا ایک تھکا دینے والا فعل ہے، تاہم یہ بالکل موثر اور اے سپٹک (aseptic = عدیم العفونت) طریقہ ہے کہ جس سے رحم میں کوئی جسم غریبہ باقی نہیں رہتا۔ شدید سیل خون کی صورت میں پلیسنٹا (مشیمہ) نکالنے کے بعد مذکورہ بالا طریقۂ علاج کو جہاں تک ممکن ہو جلد انجام دینا چاہیئے، اور کم موثر طریقہائے علاج پر

وقت ضائع نہ کرنا چاہیئے ۔ دیگر طریقے بھی سُجھائے گئے ہیں جو کہ آخری چارہ کار ہیں مثلاً ایک طریقہ رحم کا پلگنگ (plugging = اصمام) کرنا ہے۔ اس میں واحد فائدہ یہ ہے کہ اسکے ختم ہونے پر عملیہ کُن کو اس کی فرصت ہو جاتی ہے کہ وہ مریضہ کا احیاء کرے۔ لیکن رحم کا موثر طور پر پلگنگ (اصمام) کرنے کے لئے کافی گاز (gauze) شاذو نادر ہی دستیاب ہو سکتی ہے، گاز داخل کرتے وقت ولوا (فرج) کو چھُونا سیپ سس (عفونت) پیدا کرتا ہے جس سے بچنا دشوار ہے، اور پلگنگ (اصمام) نہایت ہی درد خیز علاج ہے۔ اگر ویجائنا (مہبل) کا پلگنگ (اصمام) کیا جائے تو وہ قطعاً بے سود ہے، کیونکہ پلگ (صمام) سے اوپر یوٹرائن کیویٹی (کہفہ رحم) میں ہیمرج (نزف) جاری رہتا ہے۔ ایب ڈامنل اے آرٹا (abdominal aorta= شکمی اورطی) پر دباؤ ڈالنے کا مشورہ بھی دیا گیا ہے، لیکن ایک فربہ مریضہ میں جس کے شکمی کہفہ میں ایک نرم رحم پڑا ہوا ہے آرٹا (اورطی) تک پہنچنا دشوار ہے، اور ممکن ہے اس دباؤ سے امعاء کو نقصان پہنچے۔ اوورین (ovarian = بیضی) شریانوں کے مبداء سے اوپر دباؤ ڈالنا کسی صورت میں ممکن نہیں، لہذا یہ طریقۂ علاج موثر نہیں ہے۔

495 **ادویاتی علاج** ۔ مذکورہ بالا طریقہائے علاج کے علاوہ، ادویہ کے استعمال سے بھی کسیقدر امداد حاصل کیجا سکتی ہے، بالخصوص اگر رحم بے تنش یا تھکا ہوا نہ ہو کیونکہ ایسی صورتیں ادویہ سے کچھ فائدہ نہیں۔ اس اعتبار سے سب سے فائدہ مند ادویہ ارگٹ (ergot) اور پچوٹری ایکسٹرکٹ (pituitary extract= خلاصہ نخامیہ) ہیں۔

ارگٹ دروں عضلی اشراب کے ذریعہ دینی چاہیئے کیونکہ براہ دہن اس کی تاثیر ہونے میں ۲۰ تا ۳۰ منٹ لگتے ہیں۔ کانچ کے ایمپولز (ampoules= زجاجک) جن میں عقیم ارگوٹین (ergotin) کی ایک ایک خوراک ہوتی ہے، اب بآسانی دستیاب ہو سکتے ہیں۔ پچوٹری ایکسٹرکٹ (خلاصہ نخامیہ) بھی دروں عضلی اشراب کے ذریعہ دیا جاتا ہے۔ قبالتی مزاولت میں اس کے کیا کیا فوائد ہیں اس کے بیان کے لئے دیکھو باب پنجاہ ویک ۔

ہیمرج (نزف) سے واقع شدہ کولیپس (ہبوط) کا علاج ۔ معمولی طریقے

جو ہمیرج (نزف) کے اثرات کا ازالہ کرنے کے لیئے رائج ہیں، عمل میں لانے چاہئیں یعنی سر کو نیچا کر دینا چاہیئے تاکہ کشش ثقل کی مدد سے میڈلا (medulla = لُب) میں خون بہنچتا رہے۔ طبعی نمکین محلول [کہ جس کے ہر پائنٹ (pint) پانی میں ایک ڈرام معمولی نمک ہو] ۰۵ ۱۰۰ درجہ تپش پر، بغل یا رانوں کی زیر جلدی بافتوں میں ان فیوز (infuse= تصفیق) کرنا چاہیئے، اور ۱۰ یا ۱۵ اونس ایک مستقیمی نلی یا قثاطیر کے ذریعہ کہ جس کے ساتھ ایک قیف لگا ہو، معاء مستقیم میں داخل کرنا چاہیئے۔ گہرے صدمہ میں، وسطی بیسلک (basilic= باسلیق) ورید کو منکشوف کر کے اس میں دو پائنٹ (pint) طبعی نمکین محلول کو آہستہ آہستہ داخل کرنا چاہیئے۔

اگر کوئی موزوں ڈانر (donor= معطی) حاصل ہو سکے تو بلڈ ٹرانس فیوزن (blood transfusion= نقل الدم) کو ترجیح دینی چاہیئے۔

یہ امر مدت سے مشاہدہ ہوتا آیا ہے کہ نمکین محلول کی ان فیوزن (infusion= تصفیق) کے مفید اثرات بسا اوقات محض عارضی ثابت ہوتے ہیں۔ تحقیقات سے یہ ثابت ہو گیا ہے کہ نمکین ان فیوزن (تصفیق) کے ناکام رہنے کا امکان ہے، کیونکہ یہ خون کی رگوں میں اتنی تھوڑی دیر تک ٹھیرتا ہے کہ خون کا دباؤ قائم نہیں رہ سکتا، جس کی وجہ یہ ہے کہ محلول خرد تر عروق دموی سے منتشر ہو کر گرد و پیش کی بافتوں میں چلے جانے کا رجحان رکھتا ہے۔ اس سریع انتشار کا ازالہ کرنے کے لیئے ضروری ہے کہ واسطہ میں کوئی زیادہ بڑا سالمہ موجود ہو۔

شدید ضیاع خون سے پیدا شدہ صدمہ کے علاج کے متعلق جنگ کے دوران میں تجربہ حاصل ہوا ہے، اور اس سے ثابت ہوتا ہے کہ دروں وریدی استعمال کے لیئے جو نمکین محلول برتا جاتا ہے اس میں اگر کوئی کولائیڈ (colloid= لسونت) موجود ہو تو نہایت مفید ہے۔ بلیس (Bayliss) اور دوسروں کی تحقیقات سے یہ ثابت ہو گیا ہے کہ کسی کولائیڈ (لسونت) مثلاً گوند کا اضافہ کرنا سائنٹیفک نقطہ نظر سے صحیح الاصول ہے۔

دروں وریدی استعمال کا ایک محلول ذیل میں درج ہے اور اس سے اچھے

نتائج حاصل ہوئے ہیں :

سوڈیم کلورائیڈ	۰ء۲ گرام
پوٹاشیم "	۰۵ء۰ "
کیلشیم "	۰۵ء۰ "
سفوف شدہ گوند	۰ء۵ "
آب کشیدہ	۰ء۰۰ا مکعب سنٹی میٹر

تقطیر کرکے عقیم کرلو

گرم پانی کی بوتلیں جو ٹھیک طور پر کمبل میں محفوظ ہوں، اور آکسیجن (oxygen) فائدہ مند ثابت ہوسکتی ہیں۔ اگر نمکین محلول دینے کا سامان دستیاب نہ ہو تو کسی پھٹی ہوئی چادر کے ٹکڑے لے کر جوارح پر نیچے سے اوپر کی طرف کس کر پٹی باندھ دینا چاہیئے، تاکہ خون 496
بھینچ کر اہم تر احشا میں چلا آئے۔ اس سادہ سی تدبیر سے مریضہ کے سر پر سے ایک مشکل وقت ٹل جاتا ہے اور اس اثنا میں دوسری چیزیں استعمال کے لئے تیار کی جاتی ہیں۔ مریضہ کو مکمل آرام کرنے دینا چاہیئے، کیونکہ اگر اسے حرکت کرنے کی اجازت دیجائیگی تو سن کوپ (syncope = غشیان) کا سخت خطرہ ہے۔

لیٹ پوسٹ پارٹم ہیمرج (آجل بعد الولادتی نزف)۔ اگر ایک جزوی طور پر خستہ رحم کی زوردار ہیج کی گئی ہو اور خاص کر جب یہ ایسی ادویہ کے ذریعہ کی گئی ہو کہ جن کی تاثیر دیر تک نہ قائم رہتی ہو تو گاہے بازکشیدگی کے بعد ارتخار پیدا ہوجاتا ہے۔ ان حالات میں بسا اوقات رحم کے اندر خون مجتمع ہوجاتا ہے، چنانچہ یہ ایک عمدہ تدبیر ہے کہ نرس (nurse = ممرضہ) کو کہا جائے کہ وہ بایاں ہاتھ فنڈس (قعر) پر رکھ کر آدھ سے پون گھنٹہ تک رحم کو "پکڑے" رکھے تاکہ اگر رحم میں تمدد یا اطالت پذیر ارتخا پیدا ہو تو وہ فوراً بتا سکے۔ اگر مریضہ بے چین یا تکلیف میں ہو تو اس کو ½ گرین مارفیا کا اشراب کردینا چاہیئے۔ تاوقتیکہ رفتار نبض ۱۰۰ سے کم نہ ہو، مریضہ کو چھوڑ کے چلا جانا ایک غیر دانشمندانہ فعل ہے۔ ممکن ہے کہ ارتخار کی وجہ یہ ہو کہ پلیسنٹا (مشیمہ) یا غشار کا

کوئی محبوس ٹکڑا موجود ہو۔ یہ اس کثرت سے پایا جاتا ہے کہ این استھیٹک (معدم حس) دیکر اور رحم میں انگلیاں داخل کرکے اسے نکالنے کی ضرورت ہے۔ بالعموم ولادت کے بعد پہلے ہفتہ میں سروکس (عنق) میں کم از کم دو انگلیاں داخل کرنا آسان ہوتا ہے اور سروکس (عنق) کا آلاتی اتساع کرنا نہیں پڑتا۔ جیسا کہ باقی تمام درون رحمی عملیوں میں کیا جاتا ہے، فنڈس (قعر) پر متقابلی دباؤ ڈالنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کا ٹکڑا محبوس ہو جانے سے جو ہیمرج (نزف) ہوتا ہے ممکن ہے وہ پیورپیریم (puerperium = زمانۂ نفاس) کے بالکل آخر میں واقع ہو اور اس حالت کے ہمراہ پایا جائے جو کہ پلیسنٹل پالیپس (placental polypus = مشیمی سعلانہ) کے نام سے موسوم ہے۔

یہ ایک معلوم امر ہے کہ دماغی صدمہ سے پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) واقع ہو جاتا ہے۔

ہیمرج (نزف) لیسریشنز (دریدگیوں) سے

ایک مشقوق سروکس (عنق) ہو اطیب ہیمرج (نزف) کا موجب ہوتا ہے، خاص کر پلیسنٹا پریویا (مشیمۂ متقدم) کی اصابتوں میں، کیونکہ ان میں دست ورزیوں سے لیسریشن (دریدگی) واقع ہو سکتی ہے اور لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) کی بڑھی ہوئی عروقداری کی وجہ سے زیادہ مقدار ضائع ہوتی ہے۔ ایک مشقوق رحم سے کیا بیرونی طور پر، اور کیا پیریٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) میں، دونوں طرف خون بہتا ہے۔ جب ضیاع خون بچہ کے تولد ہوتے ہی شروع ہو جائے، جب یہ رحم کے سخت ہونے کے باوجود جاری رہے، اور جب خون کی رنگت شوخ سرخ ہو، تو ہیمرج (نزف) کا سبب لیسریشنز (دریدگیوں) گمان کرنا چاہیئے۔ یہ ہیمرج (نزف) شاذ و نادر ہی وافر ہوتا ہے، لیکن چونکہ اس کا ماخذ رحمی شریان کی کوئی شاخ بھی ہو سکتی ہے، لہٰذا ہیمرج (نزف) جاری رہنے کا رجحان رکھتا ہے اور اگر اسے بند نہ کیا جائے تو مریضہ کی جان خطرہ میں پڑ جائے گی۔

تصوری علاج یہ ہے کہ ہیمرہجک پائنٹ (نزفی نقطہ) کو گرہ دے دی جائے۔ اگر
497 گرہ کسی گہرے سروائیکل (عنقی) چاک میں دینی ہو تو مریضہ کو لتھاٹومی (lithotomy=
حصات شکن) وضع میں لٹا دینا چاہیے، پرینیم (عجان) کو بازکشیدہ کرنا چاہیئے اور سروکس
(عنق) کو ولسیلم (vulsellum= متناشش) کے ذریعہ نیچے ولوا (فرج) تک کھینچ لانا
چاہیئے۔ پھر مشقوق سروکس (عنق) کو اوپر سے نیچے کو کیٹ گٹ (catgut= تانت)
یا سلکورم گٹ (silkworm gut= ریشمی تانت) کے ٹانکے لگا دیئے جاتے ہیں (تصویر
۱۸۹)۔ سب سے اہم اوپر کا ٹانکا ہے کہ جس سے رحمی شریان کی سروائیکل (عنقی) شاخ
قابو میں لائی جاتی ہے کیونکہ خون اسی سے آتا ہے۔ اگر سوئی نہ گذر سکتی ہو، تو سروکس (عنق)
کے دونوں لبوں کو ولسیلم (vulsellum= متناشش) یا اووم فارسپز (ovum-forceps=
بیضی کلاب) کے شکنجہ میں لاکر باہم بھینچنا چاہیئے۔ ان میں کسی ایک پر ٹریکشن (جر) کرنے سے ادماء بند ہو جائیگا۔
اگر اوزار دستیاب نہ ہو سکیں، تو ایک گرم ڈوش (نطول) دینا چاہیئے اور اسکے بعد ہیمریجک پائنٹ (نزفی نقطہ)
پر اے سپٹک گاز (عدیم العفونت گاز) کے ذریعہ دباؤ ڈالنا چاہیئے۔

لیبیم میجس (labium majus= شفرت کبیر) کی کسی ویری کوس وین
(varicose vein= دوالی نما وریدہ) کے پھٹ جانے سے، کلائٹورس (clitoris=
بظر) کے قریب لیسریشن (دریدگی) سے، اور ویجائنا (مہبل) یا پرینیم (عجان) کے چاک
سے بھی ہیمرج (نزف) واقع ہو سکتا ہے۔

ولوا (فرج) کے ویریکس (دوالی) کو ٹانکوں کے ذریعہ قابو میں لانا مشکل ہوتا
ہے، اس لیئے کہ ہر ٹانکے سے ایک نئی ورید زخمی ہو جاتی ہے، لہذا اس کا علاج اس طرح کرنا
چاہیئے کہ ایک اینٹی سپٹک (دافع عفونت) گدی اور مضبوط پٹی لگانی چاہیئے۔ کلائٹورس
(بظر) کے قریب کے چاکوں کو کیٹ گٹ (catgut= تانت) کے ذریعہ سی دینا چاہیئے۔
ویجائنا (مہبل) اور پرینیم (عجان) کی لیسریشنز (دریدگیوں) کو ٹانکے لگا دینا چاہیئے۔

پوسٹ پارٹم (بعد الولادتی) یا آبسٹیٹرک (obstetric= قبالتی) صدمہ

ولادت کے بعد ممکن ہے خطرناک جراحتی صدمہ پیدا ہو جائے، جو کہ شحوب، جسمانی سطح کی

برودت اور زیر طبعی طپش، تیز اور کمزور نبض، اور بعض اوقات بے ہوشی سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ صدمہ بالعموم ان اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے کہ جن میں ہیمرج (نزف) کے بعد سرعت سے ولادت کرائی گئی ہو۔ چنانچہ اکثر اوقات انٹی پارٹم ہیمرج (قبل الولادتی نزف) اور بالخصوص پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) کی اصابتوں میں کہ جن میں سریع ایکسٹریکشن (تخریج) انجام دی گئی ہو، ولادت کے ایک یا دو گھنٹہ کے بعد جراحتی صدمہ سے موت واقع ہو جاتی ہے، یہی وجہ ہے کہ صفحہ 487 میں "آہستہ ایکسٹریکشن (تخریج) کرانے" پر اس قدر زور دیا گیا ہے۔ شاذ طور پر طبعی وضع حمل کے بعد بھی کہ جس میں بالکل معمولی ادما، ہوا ہو، چند مہلک اصابتیں واقع ہونا درج کیا گیا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ ان اصابتوں میں صدمہ کی وجہ، وہ تند عضلی مساعی ہیں جو کہ وضع حمل کے ختم پر اس وقت پیدا ہوتی ہیں جب کہ رحم کا سریع تخلیہ ہوتا ہے، مثلاً پریسیپی ٹیٹ لیبر (precipitate labour = وضع حمل معجل) میں (صفحہ 432)، یا وہ تند عضلی مساعی ہیں جو پیٹوٹری ایکسٹریکٹ (خلاصہ نخامیہ) کی زائد خوراکیں دینے سے پیدا ہوتی ہیں۔ مزید عوامل جو اس صدمہ کو پیدا کرنے والے بیان کئے جاتے ہیں، جذباتی بار اور جسمانی کمزوری ہیں۔

حرارت رسانی، کافور کے زیر جلدی اشرابات، اور گرم ملحی محلول کے مستقیمی اشرابات، یا زیادہ شدید اصابتوں میں دروں وریدی اشرابات کے ذریعہ علاج کرنا بالعموم کامیاب ثابت ہوتا ہے۔ یہ امر یاد رکھنا چاہیئے کہ ابتدائی صدمہ سے ظاہری صحت ہونے کے بعد ری لیپس (نکس) ہونے کا امکان ہے [تاخیر پذیر صدمہ]۔ اس کا سبب یہ بیان کیا گیا ہے کہ نقصان رسیدہ بافتوں سے ہسٹامائن (histamine) آزاد ہوتی ہے جو دورہ کرنے والے خون کے حجم کو گھٹا دیتی ہے۔

498

باب چہل و یک

پلیسنٹا (مشیمہ) اور اغشیہ کی ولادت میں تاخیر ہونا

بالعموم بچہ کے تولد ہونے سے ۵ تا ۲۰ منٹ بعد پلیسنٹا (مشیمہ) جدا ہو کر ویجائنا (مہبل) میں پڑا ہوتا ہے۔ پلیسنٹا (مشیمہ) جدا ہو چکنے اور اس کے رحم سے خارج ہو کر ویجائنا (مہبل) میں آجانے کی مستند و معروف امارات یہ ہیں کہ رحم اونچا ہو جاتا ہے، اور زیادہ چھوٹا، زیادہ سخت، اور زیادہ نقل پذیر ہو جاتا ہے، امبلائکل کارڈ (حبل السری) لمبا ہو جاتا ہے، اور ویجائنا (مہبل) سے خفیف سا ہیمرج (نزف) ہوتا ہے۔ ویجائنا (مہبل) کا عضلی نظام کمزور ہوتا ہے اور از خود کسی جسم غریبہ کو خارج نہیں کر سکتا، لہذا بعض اوقات اگر مریضہ حزق کر کے امداد نہ کرے، تو پلیسنٹا (مشیمہ)، رحم میں سے خارج ہونے کے بعد کچھ دیر تک ویجائنا (مہبل) ہی میں پڑا رہتا ہے۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کا رحم میں محبوس رہنا۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کو اپنے رحمی چپکاؤ سے جدا ہونے اور رحم سے خارج ہونے میں کتنا وقت لگتا ہے یہ منحصر ہے اس امر پر کہ رحمی کانٹریکشنز (انقباضات) کی قوت کتنی ہے اور رحم کے ساتھ پلیسنٹا (مشیمہ) کا چپکاؤ کتنا مضبوط ہے۔ طبعاً پلیسنٹا (مشیمہ) کا اخراج، بچہ کی ولادت کے ۲۰ منٹ بعد وقوع میں آتا ہے اور اگر یہ مدت ایک گھنٹہ سے اوپر تک اطالت پذیر ہو جائے تو احتباس کو بالعموم

مرضیاتی تصور کیا جاتا ہے۔

سبب

پلیسنٹا (مشیمہ) کی عدم ولادت ان حالات کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔

ا۔ رحم کی ستی۔

ب۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کا مرضی انضمام۔

ج۔ آور گلاس کانٹریکشن (hour-glass contraction = ریت گھڑی انقباض، یعنی کانٹریکشن رنگ (contraction ring = انقباضی حلقہ)۔

د۔ ریپچر آف یوٹرس (rupture of uterus = انشقاق رحم)۔

ستی رحم۔ اگر وضع حمل کے بعد رحم کافی طور پر باز کشیدہ نہ ہو تو پلیسنٹل سائٹ (placental site = مقام مشیمہ) کی تخفیف جسامت معمول سے کمتر ہوگی، لہٰذا پلیسنٹا (مشیمہ) اتنی جلدی جدا نہیں ہوگا کہ جتنی جلدی اس کا معمول ہے۔ جب رحم کی تنش بحال ہو جاتی ہے تو موثر باز کشیدگی واقع ہوتی ہے اور پلیسنٹا (مشیمہ) کی علیحدگی واقع ہو کر ولادت ہو جاتی ہے۔ ستی رحم بعض اوقات اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ اس سے وضع حمل کے تیسرے درجہ میں بہت تاخیر واقع ہوتی ہے، اور بدقسمتی سے وقتاً فوقتاً اس کا نتیجہ پلیسنٹا (مشیمہ) کی جزوی علیحدگی اور ہیمریج (نزف) ہوتا ہے، بالخصوص اگر تاخیر سے اخراج کی زوردار اور قبل از وقت مساعی عمل میں آئی ہوں۔ 499

پلیسنٹا (مشیمہ) کا مرضی انضمام۔ جب پلیسنٹا (مشیمہ) نمو پاتا ہے تو کوریانک ولائی (chorionic villi = سلوی خملات) ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کے اندر گھس جاتے ہیں اور ڈیسیڈوا اور رحم پر ایک مضبوط گرفت حاصل کر لیتے ہیں۔ طبعی طور پر پلیسنٹا (مشیمہ) کی علیحدگی ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کی امپلری (ampullary = انتفاخی) تہ کے ساتھ ساتھ ہوتی ہے جو کہ اقل مزاحمت کا خط ہے۔ بعض صورتوں میں یہ امپلری (انتفاخی) تہ تکوین یافتہ نہیں ہوتی اور جب پلیسنٹل سائٹ (مقام مشیمہ) کی تراشیں بنائی جاتی ہیں تو ڈیسیڈوا بزیلس (غشاء ساقط قاعدی) مفقود پایا جاتا ہے اور ولائی (خملات) براہ راست عضلۂ رحم کے ساتھ تماس آجاتے ہیں۔ ان

حالات میں چونکہ کوئی سابق التکوین لائن آف کلیویج (line of cleavage = خط علیحدگی) موجود نہیں ہوتی لہٰذا طبعی رحمی فصل کا ہیج پلیسنٹا (مشیمہ) کو جدا نہیں کرتا۔ اس وقت پلیسنٹا (مشیمہ) کو مرضی طور پر منضم بیان کیا جاتا ہے۔ مذکورہ حالت کا سبب معلوم نہیں، لیکن خیال کیا گیا ہے کہ یہ آتشک یا ڈیسڈوا (غشاء ساقط) کے انڈومٹرائٹس (endometritis = التہابِ دروں رحمہ) کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس نظریہ کی تائید اس امر سے ہوتی ہے کہ بعض اوقات پلیسنٹا (مشیمہ) کا مرضی انضمام ایک ہی مریضہ میں بار بار پایا گیا ہے۔

اگر پلیسنٹا (مشیمہ) اپنی تمام وسعت میں منضم ہو تو دموی عروق بالکل نہیں کھلتے، اور خون خارج نہیں ہوتا۔ لیکن اگر پلیسنٹا (مشیمہ) کی وسعت کا ایک ہی جزو منضم ہو تو جہاں علیحدگی واقع ہوتی ہے وہاں سے ہیمرج (نزف) ہوگا۔ چونکہ رحم میں پلیسنٹا (مشیمہ) کی موجودگی اس کی مکمل بازکشیدگی میں مانع ہوتی ہے، لہٰذا جب تک کہ تمام کا تمام پلیسنٹا (مشیمہ) جدا ہوکر تولد نہ ہوجائے ہیمرج (نزف) جاری رہتا ہے۔

اورگلاس کانٹریکشن (ریت گھڑی انقباض) سے تفریق صرف امتحان کے ذریعہ ہوسکتی ہے، امتحان سے یہ معلوم ہوجاتا ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے اخراج میں کوئی رکاوٹ نہیں۔ اگر پلیسنٹا (مشیمہ) کو ہاتھ سے جدا کرنے کی کوشش کی جائے تو یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ رحم کے ساتھ کڑے بندوں کے ذریعہ منضم ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ایک پلیسنٹا سکنیٹوریٹ (مشیمہ اضافی) بھی مرضی طور پر منضم ہوسکتا ہے۔

رحم کا اورگلاس کانٹریکشن (hour-glass contraction = ریت گھڑی انقباض) کانٹریکشن رنگ (انقباضی حلقہ)۔ یہ وضع حمل کے تیسرے درجہ میں تاخیر کا ایک شاذ سبب ہے۔ کانٹریکشن رنگ (انقباضی حلقہ) پیدا ہونے کا سب سے زیادہ امکان اس صورت میں ہے جبکہ ایک اطالت پذیر وضع حمل میں دروں رحمی دست ورزیاں کی جائیں، لیکن یہ ارگٹ (ergot) استعمال کرانے کے بعد بھی پیدا ہوسکتا ہے۔ یہ رنگ (حلقہ) جسم رحم کے کسی حصہ میں بھی پیدا ہوسکتا ہے اور سب سے زیادہ کثرت کیساتھ جسم رحم کے زیریں حصہ میں ہوتا ہے۔ رنگ (حلقہ) سے اوپر کا حصہ مرتخی ہوتا ہے، لیکن جب مذکورہ حالت ارگٹ (ergot) کا نتیجہ ہو تو رحم سارے کا سارا کانٹریکٹڈ (منقبض) ہوتا ہے۔

مذکورہ حالت کی صاف صاف تشخیص صرف اندرونی امتحان سے کی جا سکتی ہے، کانٹریکشن رنگ (انقباضی حلقہ) ایک مضبوط بینڈ (بند) سا معلوم ہوتا ہے جو پلیسنٹا (مشیمہ) سے نیچے رحم کو بھینچے ہوئے ہوتا ہے۔

ریپچر آف یوٹرس (انشقاق رحم) ممکن ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کسی لیسریشن (دریدگی) کی راہ سے پریٹونیل کیویٹی (peritoneal cavity = باریطونی کہفہ) میں چلا جائے، اس وقت براہ ویجائنا (مہبل) اس کی ولادت ناممکن ہوتی ہے۔ یہ اصابتیں بہت شاذ ہیں، اور ان میں انشقاق کی دیگر اہم علامات بھی موجود ہوتی ہیں (دیکھو صفحہ 451)۔

علاج

500

اگر ولادتِ پلیسنٹا (مشیمہ) میں تاخیر کے علاوہ ادمار بھی واقع ہو، تو اس کا علاج اس پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد الولادتی نزف) کے مثل کیا جائے گا جو پلیسنٹا (مشیمہ) کی ولادت سے قبل واقع ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 498)۔

جن اصابتوں میں ساتھ ہیمریج (نزف) نہیں ہوتا اُن کے علاج میں عجلت کی ضرورت نہیں، اور علٰحدگی اور اخراج کے قدرتی اعمال کے لئے کچھ مہلت دینی ضروری ہے کیونکہ تاخیر کا سب سے عام سبب قلیل رحمی بازکشیدگی ہے۔

اگر فنڈس (قعر) کی جسامت میں تخفیف، اس کی نقل پذیری میں اضافہ، اور اس کا مقام اونچا ہو جائے، اور امبلائکل کارڈ (حبل سُرّی) کی تطویل سے یہ معلوم ہو جائے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) محض ویجائنا (مہبل) میں پڑا ہوا ہے، تو فنڈس (قعر) کو نیچے اور آگے کی جانب دبا کر یعنی رحم سے محض ایک پسٹن (piston = فشارہ) کا کام لے کر پلیسنٹا (مشیمہ) کو باہر دھکیلا جا سکتا ہے۔

اگر متذکرہ معروف امارات کی عدم موجودگی سے یہ معلوم ہو کہ پلیسنٹا (مشیمہ) ہنوز رحم ہی میں ہے تو اس کو بھینچ کر نکالنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کو بھینچ کر نکالنا ہو تو رحم کو ولک کرو، یہاں تک کہ یہ مضبوط کانٹریکٹڈ (منقبض) ہو جائے، دباؤ اس لئے نہیں ڈالا جاتا کہ اس سے ایک مرخی رحم کا ان ورشن (انعکاس) واقع ہو سکتا ہے۔

پھر بائیں ہاتھ کو فنڈس (قعر) پر رکھ دو اس طرح کہ انگوٹھا سامنے اور انگلیاں پیچھے رہیں، اور رحم کے جسم کو بھینچو، یہاں تک کہ اس میں پلیسنٹا (مشیمہ) نکلتا ہوا محسوس ہو، اس مرحلہ پر اس کو دبانا ہرگز نہیں چاہیئے۔ اگر پانچ پانچ منٹ کے وقفہ سے کئی بار کوشش کرنے کے باوجود یہ علاج ناکام رہے تو اس سے یہ ثابت ہوگا کہ یا تو معتد بہ مرضی انضمام موجود ہے یا آورگلاس کانٹریکشن (ریت گھڑی انقباض) موجود ہے۔ اگر ادماء بالکل نہ ہو تو مریضہ کو ۲ یا زیادہ گھنٹہ کی مہلت دینی چاہیئے تاکہ رحم بحال ہو جائے، پھر ایک این ایستھیٹک (معدم حس) دینا چاہیئے اور رحم پر ۱۰-۱۵ منٹ تک مسلسل اور مضبوط دباؤ ڈالنے کی آزمائش کرنی چاہیئے۔

ایک کند نوک والے قنولا (cannula = قنولچہ) اور ایک طاقتور پچکاری کے ذریعۂ امبلائکل (سری) ورید میں ۲۵۰ مکعب سم عقیم ملحی محلول کا اشراب کرنے سے بسا اوقات پلیسنٹا (مشیمہ) علیحدہ ہو جاتا ہے۔

اگر اس علاج میں بھی ناکامی ہو تو پھر واحد علاج جو باقی رہ جاتا ہے یہ ہے کہ یوٹرائن کیوٹیا (کہفۂ رحم) میں دستانہ پوش ہاتھ ڈال کر پلیسنٹا (مشیمہ) کی دستی علیحدگی عمل میں لائی جائے۔ ایک ہاتھ دیوار شکم میں سے رحم پر مقابلی دباؤ ڈالتا ہے، کیونکہ اندیشہ ہے کہ رحم ویجائنا (مہبل) سے الگ نہ ہو جائے۔ دوسرا ہاتھ ویجائنا (مہبل) میں ڈالا جاتا ہے اور امبلائکل کارڈ (حبل السری) کے ساتھ ساتھ رحم میں پلیسنٹا (مشیمہ) تک جاتا ہے۔ اگر کوئی کانٹریکشن رنگ (انقباضی حلقہ) راستہ روکتا ہو تو انگلیوں کو نکال لینا چاہیئے اور این ایستھیٹک ماسک (anæsthetic mask = عدم حسیتی نقاب) کے نیچے پانچ پانچ منم کے دو ایمائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کیپسولز (capsules) توڑنے چاہئیں۔ عام طور پر اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چند ہی منٹ میں کانٹریکشن رنگ (حلقہ انقباض) مرتخی ہو جاتا ہے، اور پلیسنٹا (مشیمہ) خود بخود خارج ہو جاتا ہے۔ اگر یہ خارج نہ ہو تو تھوڑا سا اور ایمائل نائٹرائٹ اسی طریقہ پر دینا چاہیئے، پھر اگر انگلیاں داخل کی جائیں تو حلقہ متسع ہو جائے گا جبکہ
پلیسنٹا (مشیمہ) کو ہاتھ سے الگ کیا جا سکتا ہے۔ نصب العین یہ ہوتا ہے کہ رحم کو نیچے 501
اندرونی ہاتھ پر دبایا جائے نہ کہ ہاتھ کو رحم میں بزور داخل کیا جائے (تصویر ۲۰۷)۔

اگر پلیسنٹا (مشیمہ) کا کوئی جزو پہلے ہی علٰحدہ ہو گیا ہو تو اس رتبہ سے آغاز کرنا چاہیئے اور اغشیہ میں سے اُنگلیاں ڈالکر پلیسنٹا (مشیمہ) کے پیچھے اس طرح آری کی سی حرکات کرنی چاہئیں کہ باقی حصہ بھی جدا ہو جائے۔ اگر پلیسنٹا (مشیمہ) تمام تر منضم ہو تو علٰحدگی کا آغاز اُس کے زیریں کنارے پر سے کرنا چاہیئے کیونکہ اس طرح رحم کو باز کشیدہ ہونے کا موقع دیا جاتا ہے اور بالائی حصہ کی علٰحدگی آسان ہو جاتی ہے نیز اس طرح ادمار بھی کم ہوتا ہے۔ اگر پلیسنٹا (مشیمہ) سخت منضم ہو تو ممکن ہے اسے ٹکڑے ٹکڑے کر کے علٰحدہ کرنا پڑے اور اغشیہ کو اکھاڑنا پڑے۔



تصویر ۲۰۷۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کی دستی علٰحدگی۔
اس مثال میں علٰحدگی، پلیسنٹا (مشیمہ) کے زیریں کنارے پر شروع کی گئی، اور اُنگلیوں کے ذریعہ چوٹی تک انجام دی گئی۔

اس کے بعد ایک غیر زہریلا درون رحمی ڈوشں (نطول) دینا چاہیئے۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کو نکالنے میں اوزار بالکل استعمال نہیں کرنے چاہئیں۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کی دستی علیحدگی بلا کافی غور و خوض کئیے ہوئے اپنے ذمہ نہ لینی چاہیئے، کیونکہ اس میں ماں کے لئے معتدبہ خطرہ ہے۔ اس امر کے متعلق کہ کس گہرائی پر علیحدگی عمل میں لانی چاہیئے ممکن ہے کہ انگلی غلطی کھا جائے اور اس طرح رحم کا پرفوریشن (انثقاب) واقع ہو جائے نیز ممکن ہو کہ اس خیال کے تحت کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے ٹکڑے علیحدہ کئیے جا رہے ہیں دیوار رحم کے ٹکڑے علیحدہ کر دیئے جائیں۔ چونکہ انگلیوں کا عروق دموی سے مس کرنا ناگزیر ہے لہذا سیپسس 502 (sepsis = عفونت) ایک کثیر الوقوع اور بعض اوقات ایک مہلک پیچیدگی ہوتی ہے۔ پس دستی علیحدگی کی کوشش کرنے سے قبل انسب ہے کہ این ایستھیسیا (عدم حسیت) کے تحت پلیسنٹا (مشیمہ) کو بھینچ کر نکالنے کی پوری پوری کوشش کیجائے۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کے دستی اخراج کے بعد پیورپیریم (puerperium = نفاس) میں مریضہ کو بستر پر تکیہ دے کر لٹائے رکھنا قرین مصلحت ہے تاکہ اگر کوئی دھجیاں یا چورا ہو تو وہ ولول پیڈز (vulval pads = فرجی گدیوں) پر بآسانی نکل آئیں اور یہ بھی اچھا ہے کہ آٹھ گھنٹے کے بعد ایک ہفتہ تک ارگٹ (ergot) استعمال کرا کر رحم کو مضبوطی سے کانٹریکٹڈ (منقبض) رکھا جائے۔ بطور حفظ ماتقدم اینٹی سکارلیٹنل (ضد قرمزیتی) مصل کی ایک ۲۰ تا ۳۰ مکعب سمر خوراک دینی چاہیئے۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کا ویجائنا (مہبل) میں محبوس ہو جانا۔ اس حالت کو پلیسنٹا (مشیمہ) کی علیحدگی کی مستند و معروف امارات کی بنا پر بآسانی شناخت کیا جا سکتا ہے، اور اگر کوئی شبہ ہو تو ساخت مذکورہ کو ویجائنا (مہبل) میں محسوس کر کے شناخت کیا جا سکتا ہے۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کی ولادت کرانا ہو تو فنڈس (قعر) کو نیچے اور آگے کی جانب دھکیلنا چاہیئے تاکہ پلیسنٹا (مشیمہ) ولوا (فرج) سے بزور باہر آ جائے۔ اس عمل میں رحم کی حیثیت محض ایک سہل الحصول چیز کی ہوتی ہے کہ جس سے ویجائنا (مہبل) میں پڑے ہوئے پلیسنٹا (مشیمہ) پر دباؤ ڈالا جاتا ہے۔

احتباس اغشیہ۔ ان اصابتوں میں جن میں ماہر قبالت تیسرے مرحلہ میں تعجیل کرنے کی کوشش کرتا ہے اور رحم کے کانٹریکشنز (انقباضات) کو اتنی مہلت نہیں دیتا کہ وہ اغشیہ کو اپنے چپکاؤں سے علیحدہ کر سکیں، کوریان (سلی) میں یہ رجحان پایا جاتا ہے کہ وہ رحم سے چمٹ

504

باب چہل و دو

سلعات جوکہ حمل، وضع حمل اور پیوپیریم (نفاس) کو پیچیدہ کرتے ہیں

وہ سلعات جوکہ حمل کو پیچیدہ کرتے ہیں

اوری (مبیض) کے سلعات۔ اوویرین (مبیضی) سلعات جس تواتر کے ساتھ
کو پیچیدہ کرتے ہیں وہ تواتر اعداد و شمار کی مختلف جدولوں میں تقریباً ۱۵۰۰ میں
سے لے کر ۹۰۸ میں ایک تک پایا گیا ہے۔

چنانچہ اوویرین (مبیضی) سلعۂ حمل کی ایک نسبتاً شاذ پیچیدگی ہے، لیکن چونکہ
عات بجائے خود نسبتاً عام ہیں اس لئے گمان غالب ہے کہ وہ سٹرلٹی (sterility= عقم)
ف مائل کرتے ہیں۔ واقعات کے ایک بہت بڑے سلسلہ میں یہ پایا گیا ہے کہ مختلف
م کے اوویرین (مبیضی) سلعات میں سے ۶۸ فی صدی مثالیں سادہ اور ملٹی لاکولر سسٹز
(multilocular cys= خانہ دار دویروں) کی ۲۳ فی صدی مثالیں ڈرمائیڈ سسٹز
(dermoid cy= جلد آسا دویروں) کی ۲ فی صدی مثالیں غیر خبیث ٹھوس سلعات
ور ۵ فی صدی مثالیں خبیث سلعات کی ہوتی ہیں۔

اس امر میں کافی اختلاف رائے ہے کہ آیا حمل کے اثر سے اوویرین (مبیضی) سلعات کی

جاتا ہے اور جدا نہیں ہوتا۔ ایک عام دستور یہ ہے کہ اغشیہ کو مروڑ کر رسّہ کی صورت بنا لیا جاتا ہے، اس سے جو تناؤ پیدا ہوتا ہے وہ اغشیہ کو جدا کرنے کے لیے کافی ہوتا ہے بشرطیکہ وہ صرف خفیف طور پر منفضم ہوں۔ لیکن اگر اغشیہ مضبوطی سے منفضم ہوں تو اس دست درازی میں یہ نقصان ہے کہ اغشیہ چپکاؤ کے مقام پر سے پھٹ جاتے ہیں اور رحم میں ان کا کوئی جزو باقی رہ جاتا ہے۔ اگر کوریان (chorion = سلّی) واضح طور پر منفضم ہو تو مناسب یہ ہے کہ بغیر مروڑے اغشیہ کو ذرا آہستہ پکڑے رکھا جائے، رحم کے کان ٹریکشنز (انقباضات) اور بازکشیدگی سے ان کی علیحدگی کی تکمیل ہو جاتی ہے۔ اگر کوریان (سلّی) پلیسنٹا (مشیمہ) کی ولادت کے دوران میں ٹوٹ جائے تو اس کے پھٹے ہوئے ٹکڑے کے زیریں سرے کو سپنسر ولز (Spencer Wells) کے فارسپز (کلاب) سے پکڑ رکھنا چاہیے اور جوں ہی یہ ٹکڑا اکھڑ جائے اس پر فارسپز (کلاب) سے ٹریکشن (جبر) عمل میں لانا چاہیے۔ اگر اغشیہ کا معائنہ کرنے پر ان کا ایک معتدبہ ٹکڑا غائب نظر آئے تو مناسب یہ ہے کہ دیجائنل (مہبلی) امتحان کر کے معلوم کیا جائے کہ آیا سروکس (عنق) کی راہ سے کوئی غشا تو بروز نہیں کر رہی ہے۔ اگر کوئی غشا محسوس نہ ہو تو دروں رحمی امتحان کی کوشش بالکل نہ کرنی چاہیے۔ اگر رحم میں کوریان (سلّی) کا کوئی ٹکڑا محبوس رہ جائے تو بالعموم کوئی علامت پیدا نہیں ہوتی، اور کوریان (سلّی) متکسر ہو کر لوکیا (lochia) میں نکل جاتا ہے۔ کوریان (سلّی) کا ٹکڑا محبوس رہ جانے کے امکانی برے اثرات یہ ہیں: سب انوولیوشن (subinvolution = ناقص حکش) اور اس کے ساتھ مواظب سرخ لوکیا (lochia) یا سیپسس (عفونت)۔ ان میں سے تشویشناک صرف آخرالذکر نتیجہ ہے، لہٰذا ایسی اصابت میں اے سیپسس (asepsis = عدم عفونت) کو مکمل کرنا ضروری ہے۔ اگر کوریان (سلّی) کے محبوس ٹکڑے کے تحلیل ہونے کی کوئی امارت پائی جائے تو این ایستھیٹک (معدم حس) کے زیر اثر رحم کا استقصار کرنا چاہیے۔ اگر کوریان (سلّی) کا کوئی بڑا ٹکڑا محبوس ہو گیا ہو تو ہر قسم کی انٹی سپٹک (antiseptic = دافع عفونتی) احتیاط کے ساتھ دوسرے روز مریضہ کا معائنہ کرنا چاہیے۔ اگر کوریان (سلّی) آس (فم) میں سے لٹکا ہوا ہو تو اس کو فارسپز (کلاب) کے ذریعہ دور کر دینا چاہیے۔

بالیدگی زیادہ تیز ہو جاتی ہے کہ نہیں۔ بعض مصنفین قطعی طور پر یہ بیان کرتے ہیں کہ اِن کی بالیدگی میں سرعت واقع نہیں ہوتی، لیکن اگر یہ صحیح ہے تو نہایت ہی تعجب کی بات ہے کیونکہ یہ معلوم ہے کہ حمل کے دوران میں بیضی عروق میں ایک عظیم اضافہ واقع ہو جاتا ہے۔

امارات اور علامات

اوویرین (بیضی) سلعات کی موجودگی سے مریضہ اکثر اوقات بے خبر ہوتی ہے لہٰذا اس پیچیدگی کے وجود کا امکان مدنظر رکھتے ہوئے طبیب کے لئے یہ ضروری ہے کہ وہ ہر حاملہ عورت کا اُس کی زچگی کا وقت آنے سے پہلے غائر و محتاط امتحان انجام دیا کرے۔ کبھی کبھی عورت کو کچھ درد اور مکٹرشن (micturition= تبوّل) میں غیر معمولی اختلال ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ سلعہ، پوچ آف ڈگلس (pouch of Douglas = ڈگلس کی جیب) میں واقع ہو۔ بعض اصابتوں میں اوویرین (بیضی) سلعہ کی موجودگی، انتہائی متلی پیدا کرتی معلوم ہوتی ہے۔

اسی طرح بعض اوقات جب سلعہ پیلوس (حوض) میں ہوتا ہے تو وہ رحم کی بالیدگی میں اتنی مزاحمت کرتا ہے کہ اس سے ایبارشن (اسقاط) واقع ہو جاتا ہے۔ ایبارشن (اسقاط) اس امر کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے کہ سلعہ بہت بڑا ہو اور وہ تنفس اور دوران خون کو گرانبار کر دے۔

دباؤ کے مذکورہ بالا اثرات سے قطع نظر علامات اس طرح بھی پیدا ہو سکتی ہیں کہ سلعہ کو کوئی حادثہ ہو جائے۔ جوں جوں رحم بڑھتا ہے، پیڈیکل (pedicle = ڈنڈی) میں 505
بل پڑ جاتا ہے۔ چنانچہ یہ دیکھا گیا ہے کہ اُن مثالوں میں جن میں اوویرین (بیضی) سلعہ کی موجودگی حمل کو پیچیدہ کرتی ہے، تقریباً بارہ فی صدی میں پیڈیکل (ڈنڈی) کو بل پڑ جاتا ہے، حالانکہ اگر حمل نہ ہو تو جملہ واقعات میں سے صرف تقریباً ۸ فی صدی صورتوں میں پیڈیکل (ڈنڈی) کو بل پڑتا ہے۔ دیگر حادثات جو واقع ہو سکتے ہیں وہ یہ ہیں انٹراسٹک ہیمریج (intracystic hæmorrhage= دروں دویری نزف)، رپچر (rupture= انشقاق)، تقیح، یا نکروسز (necrosis= تنخز)۔ رپچر (انشقاق) کا تواتر ۲ تا ۵ فی صدی ہے۔

تشخیص

ایک ورم جو کہ پیلوس (حوض) سے شکم میں بلند ہو رہا ہے ممکن ہے ایک بھرا ہوا مثانہ ہو اور اس امکان کو قثاطیر کے ذریعہ ہمیشہ خارج از بحث کر دینا چاہیے۔

حمل کے ابتدائی مہینوں میں، رحم میں، اور ایک مدوّر اور غالباً متحرک ڈنڈی دار اوویرین (مبیضی) سلعہ میں جو رحم کے پیچھے اور اس کے ایک جانب پڑا ہوتا ہے، دو دستی امتحان کے ذریعہ سے بیشتر صورتوں میں بآسانی تفریق کی جاسکتی ہے لیکن کبھی کبھی ایسا کرنے میں کافی دشواری ہوتی ہے۔ ایک قیمتی امارت بشرطیکہ یہ حاصل ہو سکے، یہ ہے کہ حامل رحم میں نوبتی انقباض اور ارتخاء واقع ہوتا ہے، جو مشتبہ صورتوں میں دونوں ورموں کو ایک کو دوسرے سے تمیز کرنے میں مدد دیتا ہے۔

انٹراپیلوک (درون حوضی) اوویرین (مبیضی) سلعہ جو ابتدائی حمل کے ہمراہ پایا جاتا ہے اس کو مندرجہ ذیل بڑی بڑی باتوں سے تمیز کرنا پڑیگا۔ اکٹاپک جسٹیشن (ectopic gestation= بے محل حمل) اور حامل رحم کی ریٹروفلیکشن (retroflexion= پس خمیدگی)۔ ثانی الذکر اصابت میں اور ایک اوویرین (مبیضی) سلعہ میں امتیاز کرنے کے لئے خاص نکات یہ ہیں کہ اوویرین (مبیضی) سلعہ عموماً، کلی یا جزئی طور پر، اسے سمیٹریکل (asymmetrical= غیر متشاکل)، سخت، اور تنیدہ ہوتا ہے، بخلاف اس کے ایک ریٹروفلیکٹڈ (retroflexed= پس خمیدہ) حامل رحم عموماً پورے کا پورا اسمٹریکل (symmetrical= متشاکل) اور نرم ہوتا ہے۔

بیشتر صورتوں میں رحم، اوویرین (مبیضی) سلعہ کے اوپر اور اکثر اوقات اس کے ایک جانب پڑا ہوا پایا جاتا ہے، اور وہ سلعہ سے الگ ہلایا جاسکتا ہے۔ اگر حامل رحم کی ریٹروفلیکشن (پس خمیدگی) موجود ہو تو ویجائنا (مہبل) کے فارنسز (fornicis= قبوے) بہت بلندی تک، حتیٰ کہ سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے اوپر تک کھنچے ہوتے ہیں۔

اکٹاپک جسٹیشن (ectopic gestation= بے محل حمل) میں اور ایک اوویرین (مبیضی) سلعہ میں امتیاز نہ کر سکنا کم خطرناک ہوتا ہے، کیونکہ لیپراٹومی (laparotomy=

شکم شگافی) دونوں صورتوں میں صحیح علاج ہے۔ اگر ایک اوویرین (بیضی) سلعہ پوچ آف ڈگلس (pouch of Douglas= ڈگلس کی جیب) میں پڑا ہوا ہو اور ملتہب اور بل کھایا ہوا ہو اور اُس کے ساتھ تھریٹنڈ ایبارشن (مخطور اسقاط) بھی ہو تو اس کو ٹیوبل ایبارشن (tubal abortion= انبوبی اسقاط) سے تمییز کرنا بہت دشوار ثابت ہوتا ہے۔

مشکوک تشخیص کی جملہ صورتوں میں کہ جن میں اُس امر کے متعلق کچھ بھی شبہ ہو کہ صحیح علاج کیا اختیار کیا جائے، یہ ضروری ہے کہ این ایستھیٹک (معدم حس) کے تحت مریضہ کا ایک غائر امتحان کیا جائے۔

حمل کے متاخر مہینوں میں، جب کہ سلعہ پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) میں پڑا ہوتا ہے، اس کو شناخت کرنا آسان ہوتا ہے لیکن زمانۂ مذکورہ میں اور حمل کے ابتدائی مہینوں میں 506
دونوں وقت یہ احتیاط کرنا چاہیے کہ پیلوک تولون (حوضی تولون) کے سلعات کی موجودگی کو خارج از بحث کیا جائے، جس کے لئے اگر ضرورت ہو تو سگمائیڈوسکوپ (sigmoidoscope= منظار تولون سینی) استعمال کیا جا سکتا ہے۔

اگر سلعہ پیلوک برم (حوضی گگر) کے اوپر ہے اور کافی جسامت کا ہے، تو بالعموم اس کا پہچان لینا آسان ہے، لیکن ممکن ہے کہ یہ جگر یا طحال کے نیچے واقع ہو یا رحم کے پیچھے اور سپائنل کالم (spinal column= شوکی ستون) کے ایک جانب واقع ہو، جب کہ اُس کا جسّ کرنا ممکن نہیں ہوتا۔

نیز یہ بھی یاد رکھنا ضروری ہے کہ کسی سلعہ کی دیوار میں نوبتی کانٹریکشنز (انقباضات) اور ارتخایات کا پایا جانا اس امر کا بہت قوی ثبوت ہے کہ یہ ورم حقیقت میں ایک حامل رحم ہے۔

اگر ایک سلعہ رحم سے منضم ہوا ہو تو وہ ٹوئنز (twins= توام)، مایوما (myoma= سلعہ عضلیہ)، بائی کارنوٹ (bicornute= دوشاخہ) رحم، بلکہ ہائیڈریمنیاس (hydramnios= کثرت رحل) کا اشتباہ پیدا کرتا ہے، اور اس صورت میں بھی این ایستھیٹک (anæsthetic= معدم حس) کے تحت ایک غائر امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

علاج

مجمل الفاظ میں، بہترین علاج یہ ہے کہ جوں ہی تشخیص ہو جائے سلعہ کا استیصال کر دیا جائے۔ اگر ممکن ہو تو اووری (مبیض) کا صرف سٹک (دو بری) حصہ دور کر دینا چاہیئے اور صحت مند اووری (مبیض) کی زیادہ سے زیادہ مقدار باقی رکھنا چاہیئے۔ بیان کیا جاتا ہے کہ عملیہ یافتہ اصابتوں میں سے تقریباً ۵ ء ۱۹ فی صدی میں عملیہ کے بعد ایبارشن (اسقاط) واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن بخلاف اس کے جن واقعات میں عملیہ نہیں کیا جاتا ان میں بھی ۱۷ فی صدی میں ایبارشن (اسقاط) واقع ہوتا ہے، اور اس کے علاوہ ماں مسلسل اس خطرہ میں رہتی ہے کہ کہیں سلعہ کی ڈنڈی میں بل نہ پڑ جائے یا سلعہ کے دیگر امکانی حادثوں میں سے کوئی حادثہ نہ واقع ہو جائے۔ اس بیان کا اطلاق خصوصیت سے حمل کے ابتدائی نصف زمانہ پر ہوتا ہے۔ علاوہ بریں اس امر کا ہمیشہ امکان ہوتا ہے کہ سلعہ خبیث قسم کا ہو۔

مذکورہ بالا قاعدہ کی ایک استثنائی صورت یہ ہے کہ سلعہ کا علم اس وقت ہو جب کہ بچہ میں قابلیتِ حیات پیدا ہونے والی ہو لیکن ابھی ہوئی نہ ہو۔ ایسی صورتوں میں مناسب یہ ہے کہ عملیہ میں تاخیر کی جائے، اس حد تک کہ اگر عملیہ سے وضع حمل پیش از میعاد شروع ہو جائے تو بچہ کے زندہ رہنے کا امکان ہو۔ جب سلعہ حمل کے آخری مہینے میں دریافت ہوتا ہے تو ایسی صورت میں بعض ماہرین وضع حمل شروع ہونے تک انتظار کرتے ہیں اس خوف سے کہ کہیں ایک حالیہ سکار (scar = ندبہ) پر وضع حمل کا بار نہ پڑے۔ یہ قاعدہ کہ جونہی سلعہ کی تشخیص ہو جائے فوراً عملیہ انجام دینا چاہیئے، اس کی دیگر امکانی مستثنیات حسب ذیل ہیں :-

۱۔ یہ کہ سلعہ چھوٹا ہو، اس کو آزادانہ حرکت دی جا سکتی ہو اور یہ شکم میں بلندی پر واقع ہو۔ ان صورتوں میں آغاز وضع حمل سے قبل سلعہ کو نقصان پہنچنے کا کوئی امکان نہیں ہوتا، بشرطیکہ مریضہ زیر مشاہدہ رکھی جا سکتی ہو اور تعجیل طلب علامات کے پیدا ہونے کی صورت میں فوراً علاج کیا جائے۔

۲۔ یہ کہ ماں پرمی گریویڈا (primigravida = اولین حاملہ) ہو اور مینوپاز (menopause = سن یاس) میں چند ہی سال باقی ہوں۔ ایسی صورتوں میں دوسرے

حمل کی زیادہ امید نہیں ہوتی، اور عملیہ سے ایبارشن (اسقاط) ہونے اور موجودہ بچہ کے ضائع ہونے کا کسی قدر زیادہ اندیشہ ہوتا ہے۔ برخلاف اس کے اگر عملیہ کئے بغیر حمل کو اُس وقت تک قائم رہنے دیا جائے کہ بچہ کم از کم قابل حیات ہو جائے تو یہ اندیشہ کم ہوتا ہے۔

۳۔ یہ کہ دوا اوویرین (مبیضی) سلعات موجود ہوں، جن کا استیصال کرنے سے آئندہ حمل کا وقوع بند ہو جانے کا اندیشہ ہو۔ ان تمام صورتوں میں وضع حمل کے وقت، یا وضع حمل کے وقت نہ ہو سکے تو جتنا جلد ممکن ہو بعد میں، اوور یاٹومی (ovariotomy= مبیض شگافی) کر دینی چاہیئے قبل اسکے کہ وہ ناموافق اثرات جو وضع حمل کے نتیجہ میں سلعہ کو کوئی حادثہ پیش آنے سے ظاہر ہو سکتے ہیں، ماں کو ناقابل تلافی نقصان پہنچا سکیں۔

اوویرین (مبیضی) سلعہ کی ایک قسم حمل کے ساتھ ساتھ پائی جاتی ہے کہ جس پر تا وقتیکہ کوئی پیچیدگی پیدا نہ ہو عملیہ نہ کرنا چاہیئے۔ یہ سلعہ ملٹیپل لوٹین سسٹز (multiple lutein cysts= متعدد لیوٹینی دویروں) پر مشتمل ہوتا ہے کہ جو اکثر اوقات ہائیڈیٹیڈیفارم مول (hydatidiform mole= ہائیڈیٹیڈ نما جنین کاذب) کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ اس نوعیت کے کئی سلعات کے متعلق یہ معلوم ہے کہ جب مول (mole= جنین کاذب) خارج ہو جاتا ہے تو وہ بتدریج غائب ہو جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 158)۔

دوران حمل میں عملیہ کرنے کے اہم داعیات یہ ہیں، سلعہ کا مڑوڑ، سلعہ کی ان فکیشن (infection= سرائت زدگی) یا اس کا ان کار سریشن (متقید ہونا)، شکم کا بہت زیادہ متمدد ہو جانا، یا یہ واقعہ کہ سلعہ براڈ لگامنٹ (broad ligament= رباط عریض) میں بڑھ رہا ہے۔

عملیہ کے وقت رحم کو حتی الامکان بہت کم چھیڑنا چاہیئے، اور عملیہ سے قبل اور اس کے بعد چند دن تک مارفیا دینا چاہیئے تاکہ بعد میں جو ایبارشن (اسقاط) کا امکان ہے وہ کم ہو جائے۔ بعض مثالوں میں، بالخصوص اس وقت جب کہ سلعہ تک پہنچنے کے لئے زخم کو شکم سے باہر نکالنا پڑتا ہے، رحم کو کم چھیڑنے کا یہ طریقہ ہے کہ عامل، سلعہ کو اوپر نہ کھینچے بلکہ مددگار عامل وجائنا (مہبل) میں انگلی داخل کر کے سلعہ کو نیچے سے اوپر کو اٹھائے رکھے۔

اُن صورتوں میں جن میں سلعہ پیلوس (حوض) میں تنگی کے ساتھ پھنسا ہوتا ہے، ایک تدبیر کامیابی کے ساتھ اختیار کی گئی ہے اور وہ یہ ہے کہ سلعہ کے پہلو سے ایک ربڑ کی نالی نیچے پوچ آف ڈگلس (pouch of Douglas = ڈگلس کی جیب) کی تہ تک ڈالی جائے تاکہ جیسے جیسے سلعہ نکالا جائے نیچے سے ہوا پیلوس (حوض) میں داخل ہوتی جائے۔ مگر بعض اوقات سلعہ کا استیصال کرنے سے قبل رحم کو شکم سے باہر نکالنے یا بچہ کو بذریعہ سیسرین سیکشن (قیصری شگاف) نکالنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

اُن سلعات کے علاج کے لئے جو کہ وضع حمل کو پیچیدہ کرتے ہیں دیکھو صفحہ 514۔

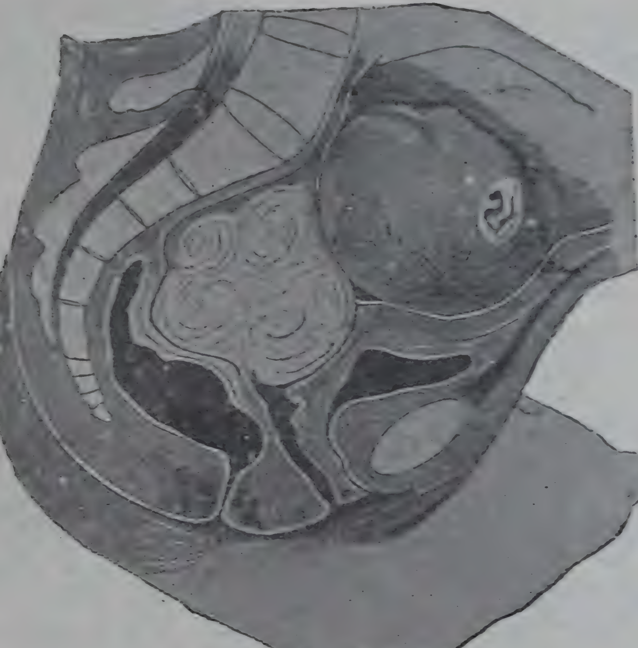
انذار

اگر مریضہ کا صحیح علاج کیا جائے تو انذار عام طور سے اچھا ہوتا ہے۔ اعداد و شمار سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ جب دوران حمل میں اوویریاٹومی (ovariotomy = مبیض شکافی) کی جاتی ہے تو مادری تعداد اموات تقریباً ۲ یا ۳ فی صدی ہوتی ہے۔

رحم کے فائبرائڈز (لیفیات) اور حمل۔ مایومیٹا (myomata = سلعات عضلیہ) [فائبرومایومیٹا (fibromyomata = سلعات لیفیہ عضلیہ) اور فائبرائڈز (لیفیات)] جس تواتر کے ساتھ حمل کو پیچیدہ کرتے ہیں وہ واقعات کے مختلف سلسلوں میں ۶ اور ۱۰ فی صدی بیان کیا گیا ہے۔ یہ سلعات بلاشبہ سٹرلٹی (عقم) کا میلان پیدا کرتے ہیں، جس سے اس امر کی توجیہہ ہوتی ہے کہ دونوں حالتوں کا یکجا پایا جانا نسبتہً شاذ ہے۔ پہلی حالت کا دوسری پر اور دوسری حالت کا پہلی حالت پر کیا اثر ہوتا ہے، یہ الگ الگ بیان کیا جائے گا۔ 508

حمل کے اثرات فائبرائڈز (یعنی سلعات) پر۔ عام طور پر دوران حمل میں فائبرائڈز (لیفیات) زیادہ بڑے، نرم تر، اور زیادہ چپٹے ہو جاتے ہیں۔ بیشتر صورتوں میں فائبرائڈز (لیفیات) کی کلانی کی وجہ زیادہ تر تہیج ہوتا ہے، اگرچہ ایک کمتر حد تک بیش پروردگی بھی ہوتی ہے کہ جس میں رحمی دیوار بھی حصہ لیتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ کلانی کی وجہ کسی قسم کا انحطاط ہو۔ نرم ہونے اور چپٹا ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک سلعہ جو ابتدائے حمل میں نسبتہً

نمایاں تھا، حمل کے متاخر مہینوں میں بذریعہ حسِ لمس سے شناخت ہو سکتا ہے۔ چپٹا ہو جانے کا نتیجہ یہ بھی ہوتا ہے کہ سلعہ کا ایک حصہ جو پہلے قریب قریب پیلوک برم (حوضی لگر) کے اوپر تھا ہٹ کر نیچے کی جانب پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) میں چلا جاتا ہے۔ بخلاف اس کے وہ فائبرائڈز (لیفیات) جو سروکس (عنق) یا لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (رحم کے قطعۂ اسفل) میں



تصویر ۲۰۸۔ سروکس (عنق) کا فائبرائڈ (لیفی) سلعہ جو قدرتی گذرگاہوں کی راہ سے ولادت ہونے میں ایک ناقابل ارتفاع رکاوٹ ثابت ہوا۔

واقع ہوتے ہیں، متاخر مہینوں کے دوران میں کسی قدر بلند ہو جانے کا نمایاں میلان رکھتے ہیں، قطع نظر اس مماثل عمل کے جو کہ وضع حمل کے دوران میں واقع ہو سکتا ہے۔ بعض صورتوں میں، جب کہ سلعہ پیلوس (حوض) میں ہوتا ہے، کلانی ہو جانے کی وجہ سے سلعہ ان کارسریٹڈ (مقید) ہو جاتا ہے جس سے فشاری علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔

انٹرسٹشل (interstitial= بین ریشگی) سلعات دوران حمل میں زیادہ اوپری ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں، اور اگر ان کا بڑھاؤ رحم کی کیویٹی (کہفہ) کی جانب ہو تو ممکن ہے کہ وہ پالی پائڈ (polypoid= سعدانہ نما) ہو جائیں اور پیورپیریم (نفاس) کے دوران میں باہر نکل پڑیں۔

509 ممکن ہے کہ سب پیریٹونیل پیڈنکلیٹڈ (subperitoneal pedunculated= زیر باریطونی ڈنڈی دار) سلعات پوچ آف ڈگلس (pouch of Douglas= ڈگلس کی جیب) میں جا گریں، یا ممکن ہے کہ ان کی ڈنڈی میں بل پڑکر انکا نیکروسز (necrosis= تنخر) واقع ہو جائے، گو یہ آخری واقعہ ایک شاذ امر ہے۔

سسٹک (cystic= دویری) انحطاط یا دیگر انحطاطات جو مایومیٹا (myomata= سلعات عضلیہ) میں پائے جاتے ہیں، حمل کو پیچیدہ کر سکتے ہیں۔ شاذ و نادر تقیح یا اور بھی زیادہ شاذ و نادر گنگرین (gangrene) واقع ہو سکتا ہے۔ ان جملہ انحطاطات میں پیریٹونیل (peritoneal= باریطونی) انضمامات کے بننے کا رجحان ہوتا ہے۔ نام نہاد ریڈ ڈی جنیریشن (red degeneration= انحطاط احمر) یا نیکروبایوسز (necrobiosis= تنخر بافت) کی ایک قسم حمل میں بالخصوص واقع ہو سکتی ہے۔ اس میں، اور درحقیقت دیگر قسم کے انحطاط میں بھی، عام طور سے معتد بہ درد ہوتا ہے، جس کے ساتھ ممکن ہے کہ پائرکسیا (pyrexia= ارتفاع تپش) اور قے بھی ہو۔ بہت سی صورتوں میں اگر بستر میں آرام کرایا جائے اور علاماتی علاج کیا جائے تو یہ علامات بتدریج غائب ہو جاتے ہیں۔

فائبرائڈز (لیفی سلعات) کے اثرات حمل پر۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، فائبرائڈز (fibroids= لیفیات) کی موجودگی سٹرلٹی (عقم) کا میلان پیدا کرتی ہے بالخصوص اس وقت جب کہ یہ فائبرائڈز (لیفیات) سب میوکس (submucous= زیر مخاطی) ہوں یا انٹرسٹشل (interstitial= بین ریشگی) ہوں۔ لیکن اگر حمل ہو چکا ہو تو اس صورت میں ان سے ایبارشن (abortion= اسقاط) واقع ہونے کا امکان ہے۔ عام طور پر مایومیٹا (سلعات عضلیہ) سے حمل میں مداخلت پیدا ہونا ایک قابل تعجب

حد تک قلیل الوقوع ہے۔

بالخصوص اس وقت جبکہ سلعہ رحم کی ریٹروڈسپلیسمنٹ (retro-displacement= پس غیر وضعیت) کی وجہ سے یا اپنے ابتدائی موضع کے سبب سے پیلوس (حوض) میں امپیکٹڈ (impacted= مغروز) ہو جائے، اس سے دباؤ کی علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں (تصویر ۲۰۸)۔ نہایت عام طور پر یوریتھرا (urethra= مجری البول) یا مثانہ پر، اور کم کثرت سے وریدوں یا معاء پر دباؤ پڑتا ہے۔ بیان کیا جاتا ہے کہ اس وقت جب کہ حامل رحم کی دیواروں میں مایومیٹا (myomata= سلعات عضلیہ) موجود ہوتے ہیں کبھی کبھی رحم سیکولیٹڈ (sacculated= تاجک دار) ہو جاتا ہے۔ یہ بھی بیان کیا گیا ہے کہ اکثر اوقات پلیسنٹا (مشیمہ)، فائبرائڈ ٹیومر (لیفی سلعہ) پر نصب ہو جاتا ہے۔ اگر رحم کی کیویٹی (cavity= کہفہ) فائبرائڈز (fibroids= لیفیات) کی وجہ سے بہت بدشکل ہو جائے تو جنین کی میلپریزنٹیشن (malpresentation= تطریق ناقص) واقع ہو سکتی ہے۔

تشخیص

حمل کے ہمراہ رحم کے فائبرائڈز (لیفی سلعات) کا پایا جانا بعض اوقات ان دونوں حالتوں کی مثالی امارات و علامات کو خطرناک طور پر بدل دیتا ہے، چنانچہ ایسی صورت میں مغالطہ پیدا ہونا ہرگز شاذ نہیں ہے۔

فرض کرو کہ حمل کی موجودگی صاف عیاں ہے لیکن رحمی فائبرائڈز (لیفیات) کی سابقہ موجودگی معلوم نہیں، اس صورت میں اگر موخر الذکر زیادہ نرم اور چپٹے ہو گئے ہوں تو ان کو شناخت کرنا بہت دشوار ہوتا ہے۔ برعکس اس کے اگر فائبرائڈز (لیفیات) بروز کئے ہوئے اور گرہ دار ہوں تو بالعموم ان کی شناخت و تشخیص آسان ہوتی ہے۔ خوش قسمتی سے اول الذکر صورت میں سلعات، حمل یا وضع حمل میں خطرناک طور پر مداخلت کرنے کا امکان نہیں رکھتے۔

اگر حمل کے ابتدائی مہینوں میں تھریٹنڈ ابارشن (threatened abortion=
مخطور اسقاط) کے ہمراہ ایک تہیج زدہ اور انحطاط پذیر سب پرٹونیل مایوما (subperitoneal
myoma= زیر باریطونی سلعہ عضلیہ) پایا جائے تو ممکن ہے کہ اس کو ایکٹاپک 510
(ectopic= بے محل) حمل سے تشخیص کرنا نہایت مشکل بلکہ ناممکن ہو۔ مگر بالعموم اول الذکر
اصابت میں درد کا آغاز اتنا دفعتاً نہیں ہوتا اور نہ اتنا شدید ہوتا ہے، اور اگر علامات
بہت تعجیل طلب نہ ہوں، تو زمانہ گزرنے پر تشخیص واضح ہو جاتی ہے۔ اگر کسی عورت
کے متعلق یہ معلوم ہو کہ اس کے رحم میں مایوما (سلعہ عضلیہ) ہے اور وہ حاملہ ہو جائے تو
حمل کی شناخت کا انحصار اس امر پر ہے کہ مایومیٹا (سلعات عضلیہ) کی امارات اور
علامات پر حمل کے امارات اور علامات کا اضافہ ہو جاتا ہے۔ مگر بعض اوقات یہ امارات اور علامات معتدبہ طور پر
پوشیدہ رہتے ہیں، مثلاً ممکن ہے کہ وقفہ وار ہیمریجز (hæmorrhages= نزفات)
پیدا ہوں اور ان کی وجہ تھریٹنڈ ابارشن (مخطور اسقاط) ہو، لیکن خود سلعات کی موجودگی
جس کے ذریعہ سے جنینی حصوں کی شناخت کرنا ناممکن کر دے، یا جس شدہ ورم کو شکل
یا کثافت میں طبعی حامل رحم سے بالکل مختلف ظاہر کرے۔

ایسی صورت میں جبکہ حمل کی موجودگی کو ثابت کرنے یا ظاہر کرنے والے معمولی امارات بالکل موجود نہوں، اگر جس کرنے پر ورم میں وقفہ وار کانٹریکشنز (انقباضات) محسوس ہوں تو یہ حمل کی موجودگی کی ایک قوی دلیل ہیں۔ متاخر مہینوں میں ایکس ریز (X-rays= لاشعاعوں) کو استعمال کر کے جنینی عظام دیکھے جا سکتے ہیں۔

ریکٹل (مستقیمی) امتحان کو کبھی فروگذاشت نہ کرنا چاہیئے، کیونکہ بعض اوقات جب مایوما (سلعہ عضلیہ) مقدم ہوتا ہے تو اس امتحان کے ذریعہ سلعہ کے عقب میں بیلاٹمنٹ (ballottement= نہز) حاصل کیا جا سکتا ہے۔ جملہ صورتوں میں جن میں شبہ ہو مناسب یہ ہے کہ اگر کوئی علامات تعجیل طلب نہوں، تو مریضہ پر نگاہ رکھی جائے اور وقفہ وقفہ سے بار بار اس کا معائنہ کیا جائے۔ اس طریقہ سے اکثر اوقات اصل صورت حالات واضح ہو جائے گی۔

بعض حالتیں ایسی ہوتی ہیں کہ ان پر حمل کے ہمراہ فائبرائڈز (لیفیات) کی موجودگی کا

اشتباہ ہوتا ہے، یہ حالتیں وہ ہیں کہ جنہیں فینٹم فائبرائڈز (phantom fibroids= وہمی کیفیات) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ عموماً فینٹم فائبرائڈز (وہمی کیفیات) کی وجہ رحمی دیوار کے مقامی کانٹریکشنز (انقباضات) ہوتے ہیں کہ جن کے ہمراہ بعض اوقات درد ہوتا ہے۔ یا بعض صورتوں میں فینٹم فائبرائڈز (وہمی کیفیات) کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ بائی مینول (bimanual= دودستی) معائنہ کرتے وقت رحم کے حصے انگلیوں کے درمیان آجاتے ہیں۔ ایسی صورت میں اگر دوسری دفعہ معائنہ کیا جائے تو طبعی امارات بدلے ہوئے پائے جاتے ہیں۔

مماثل قسم کی غلطی اس طرح بھی واقع ہوسکتی ہے کہ ایک اینگولر جیسٹیشن (angular gestation= زاویتی حمل) موجود ہو، یعنی اووم (بیضہ) کی تنصیب ٹیوب (انبوبہ) اور رحم کی جائے اتصال کے قریب واقع ہوئی ہو یا ایک دوہرا رحم موجود ہو اور اووم (بیضہ) اس کے ایک خانہ میں ہو۔

ایک بڑے سمٹریکل انٹرسٹیشل فائبرائڈ (symmetrical interstitial fibroid= متشاکل بین رخنکی لیفی سلعہ) میں اور ایک حامل رحم کے درمیان تفریقی تشخیص کرنا کبھی کبھی بہت مشکل ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ مینوپاز (menopause= سن ایاس) کے آغاز کی وجہ سے یا کسی دیگر بین رو حالت کی وجہ سے ایمنوریا (amenorrhea= احتباس الطمث) پیدا ہوگیا ہو۔ اس صورت میں بھی سب سے پہلی چیز جو دیکھنی چاہیئے وہ حمل کی امارات اور علامات کی موجودگی یا عدم موجودگی ہے۔ حمل کی خاص علامت سلعہ میں کانٹریکشنز (انقباضات) اور ارتخایات واقع ہونا ہے جیسا کہ پہلے بھی بیان کیا جاچکا ہے۔

عام طور سے ایک قطعی تشخیص اسی طرح کی جاسکتی ہے کہ مریضہ کا بار بار امتحان کیا جائے یا زانڈک ایشیم (Zondek-Aschheim) کے کاشفہ سے کام لیا جائے۔ متاخر مہینوں میں 511
ایکس ریز (لاشعاعیں) کارآمد ہوسکتی ہیں۔

اگر شکم چاک کردیا گیا ہے تو ممکن ہے کہ تشخیص اب بھی دشوار ہو خواہ اس وقت سلعہ کو پریٹونیل کیویٹی (peritoneal cavity= باریطونی کہفہ) سے باہر نکال لیا گیا ہو اور یہ سرجن کے ہاتھوں میں آگیا ہو۔ ایسے حالات میں عام تفریقی نکات یہ ہیں کہ ایک

حامل رحم سیاہ تر اور زیادہ ممتلی ہوتا ہے، فالوپین ٹیوبز (Fallopian tubes = فالوپی انبوب) اور لگامنٹز (ligaments = رباطات) دبیز ہوتے ہیں اور سلعہ کی دست درزی سے کانٹریکشنز (انقباضات) کو تحریک دی جاسکتی ہے اور پیلاٹمنٹ (نہز) حاصل ہوسکتا ہے۔

علاج

رحم کے فائبرائڈز (لیفیات) میں جو عورتیں مبتلا ہوتی ہیں ان کی ایک بہت بڑی تعداد میں حمل پورے دن تک پہنچتا ہے اور بغیر کسی سخت دشواری کے وضع حمل ہوجاتا ہے۔ اگرچہ بظاہر اندیشہ تو یہی ہے کہ فائبرائڈز (لیفیات) وضع حمل میں رکاوٹ کا باعث ہونگے لیکن یہ ایک تعجب خیز امر ہے کہ کس طرح شاید ماہر قبالت کی انگلیوں کی مدد سے یہ سلعات پیلوس (حوض) سے ہٹ جاتے ہیں اور وضع حمل قدرتی طور پر مختتم ہوجاتا ہے۔

دوران حمل میں عملیہ کرنا صرف اسی وقت مناسب ہوتا ہے جب کہ کوئی صریح اور شدید داعیہ موجود ہو، یا لفاظ دیگر اس وقت جب کہ مریضہ کی زندگی یا صحت معرض خطر میں ہو۔ یہ خطرہ جن کیفیات سے پیدا ہوتا ہے وہ یہ ہیں: شدید دباؤ، یا سلعہ کا خطرناک انحطاط یا نیکروسز (تنخر)، یا ناقابل برداشت درد، یا شکم کی جسامت میں سریع اضافہ، یا شکم کا بہت زیادہ تمدّد۔

مذکورہ بالا داعیات سے قطع نظر، یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ عملیتی علاج کی ضرورت اسوقت تک مشکوک رہتی ہے جب تک کہ مریضہ کو کچھ گھنٹے وضع حمل کی حالتین گذر جائیں۔ لہٰذا دوران حمل میں عملیہ صرف اسی قسم کے داعیات کی موجودگی میں کرنا چاہیئے کہ جو اوپر بیان کیے جاچکے ہیں، اور ایسی صورت میں بھی اگر ممکن ہو تو بچہ کے خیال سے عملیہ کو حمل کے متاخر ہفتوں تک ملتوی کردینا چاہیئے۔

اگر سلعہ پیلوس (حوض) میں ام پیکٹڈ (معروز) ہوگیا ہو تو مریضہ کو جینوپیکٹورل پوزیشن (genupectoral position = گھٹنوں اور سینہ کے بل) یا سمز (Sims) کی وضع میں لٹایا جاتا ہے، چنانچہ ایسا کرنے سے بعض صورتوں میں سلعہ کو بذریعہ اصبعی دباؤ اپنی جگہ سے ہٹایا جاسکتا ہے۔ بعض صورتوں میں سلعہ کا استیصال اس طرح کیا جاتا ہے کہ اگر یہ پیڈنکلیٹڈ سب پیریٹونیل یا ...

(ڈنڈی دار زیر باریطونی سلعہ عضلیہ =pedunculated subperitoneal myoma) ہے تو اکی ڈنڈی کو کاٹ دیا جاتا ہے، یا اگر یہ رحمی دیوار میں ہو تو اس کا ای نیو کلیئشن (enucleation =انقاف) کر دیا جاتا ہے یا اس کا استیصال ہسٹریکٹومی (hysterectomy= رحم براری) کے ذریعہ کر دیا جاتا ہے۔ دوران حمل میں شکم کے راستہ سے ای نیوکلیئشن (انقاف) کرنا [ایبڈامینل مایومیکٹومی (abdominal myomectomy= شکمی رحمی عضلہ براری)] ایک ایسا عملیہ ہے جو عام طور سے آسان ہے، لیکن کسی قدر خوں ریز ہے اور اس کے بعد ایبارشن (اسقاط) ہو جاتا ہے، گو کہ اگر رحم کو ہلکے سے ہاتھ لگایا جائے تو ممکن ہے کہ ایبارشن (اسقاط) واقع نہ ہو۔ غشا، ساقط تک کو مکشوف کیا جا چکا ہے بغیر اس کے ایبارشن (اسقاط) واقع ہو۔ یہ ضروری ہے کہ سلعہ کے مہاد کو نہایت احتیاط سے ٹانکے لگائے جائیں تا کہ وہ مابعد کے وضع حمل یا ایبارشن (اسقاط) کے بار کا متحمل ہو سکے۔ مہاد کو کیٹ گٹ (catgut) کے ذریعہ کئی پتلے پرتوں میں سینا مناسب ہے۔

512 ممکن ہے ای نیوکلیئشن (enucleation= انقاف) کی وجہ سے اتنا کثرت سے ہیمریج (نزف) واقع ہو کہ ہسٹریکٹومی (رحم براری) کی ضرورت پڑ جائے، یا ممکن ہے کہ سلعات کی متقاربیت اور تعداد ایسی ہو کہ ہسٹریکٹومی (رحم براری) کے سوا کوئی چارہ ہی نہ رہے۔

محض رحم کے مایومیٹا (سلعات عضلیہ) کی وجہ سے ایبارشن (اسقاط) یا وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) نہ کرنا چاہئے، کیونکہ بچہ ضائع ہو جاتا ہے اور سلعہ بھی باقی رہتا ہے۔

رحم کا سرطان اور حمل۔ رحمی جسم کے کارسی نوما (carcinoma= سرطان) کے ہمراہ حمل واقع ہونا تو معلوم نہیں ہے، لیکن رحمی جسم کے سارکوما (sarcoma= سلعہ لحمیہ) کے ہمراہ حمل کا واقع ہونا دیکھا گیا ہے۔ دوران حمل میں کوریان ایپی تھیلیوما (chorionepithelioma= سلوی سرطلمی سلعہ) بھی رحم کی دیواروں پر حملہ کر سکتا ہے۔

خبیث مرض کی سب سے عام شکل جو کہ حمل کے ساتھ پائی جاتی ہے کارسی نوما آف دی سروکس (carcinoma of the cervix= عنق کا سرطان) ہے۔ یہ خالصۃً ملٹی پیرا

(کثیر الولادت عورتوں) میں پایا جاتا ہے اور بہت خطرناک پیچیدگی ہے چنانچہ اس کی فوری تعداد اموات ماں کے لئے ۴۳ فی صدی اور بچہ کے لئے ۶۰ فی صدی ہے۔ مرض کے اخیر مراحل میں ایک ویجائنل ڈسچارج (مہبلی مواد) پایا جاتا ہے جو بلاشبہ استقرار حمل کو روک سکتا ہے؛ لیکن ابتدائی مراحل میں غالباً اس قسم کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ حمل کی پیچیدگی کے نسبتہً شاذ ہونے کی وجہ یہ ہے کہ یہ مرض عموماً حیضی زندگی کے متاخر سالوں میں واقع ہوتا ہے جب کہ حمل واقع ہونے کا کم امکان ہوتا ہے۔

حمل کا اثر کارسی نوما آف دی سروکس (عنق کے سرطان) پر اور کارسی نوما آف دی سروکس (سرطانِ عنق) کے اثرات حمل پر۔ بیشتر ارباب سند اس امر میں متفق ہیں کہ حمل کا سلعہ پر یہ اثر پڑتا ہے کہ سلعہ بسرعت بڑھتا ہے اور یہ غددوں اور لمفیٹکز (lymphatics= عروق لمفیہ) پر سرعت کے ساتھ حملہ کرتا ہے۔ ایبارشن (اسقاط) کثیر الوقوع ہے اور یہ ۳۰ تا ۴۰ فی صدی اصابتوں میں واقع ہوتا ہے۔ پلیسنٹا پریویا (placenta prævia= مشیمہ متقدم) کوئی غیر عام پیچیدگی نہیں ہے۔ جنین کی دروں رحمی موت کثیر الوقوع ہے۔

تشخیص

جب کبھی کسی حاملہ عورت میں بے قاعدہ ہیمرہجز (نزفات) ہوں، یا ریم آمیز یا بدبو دار ویجائنل (مہبلی) مواد خارج ہو، تو ہمیشہ عورت کی ویجائنا (مہبل) کا معائنہ کرنا چاہیے کیونکہ ممکن ہے کہ ان علامات کا سبب کارسی نوما آف دی سروکس (سرطان عنق) ہو۔

تشخیص مرض کے عمومی معیاروں کی بنا پر کی جاتی ہے۔ لیکن کم از کم ان واقعات میں کہ جن میں بالیدسروکس (عنق) کے باہر جس کی جاسکتی ہے، یہ دوران حمل میں بالعموم اس سے زیادہ آسانی سے تمیز کی جاسکتی ہے کہ جتنی یہ دیگر اوقات پر کی جاسکتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ دوران حمل میں سروکس (عنق) کی طبعی بافتیں حسب معمول نرم ہو جاتی ہیں، لیکن بالیدساخت میں زیادہ سخت رہتی ہے۔

لہٰذا اگر کسی عورت کا حمل ترقی یافتہ ہو اور اس کے سروکس (عنق) میں کوئی

513 سخت بافت ہو تو ہمیشہ اس پر نہایت توجہ صرف کرنی چاہیے تاکہ کہیں کارسی نوما آف دی سروکس (سرطان عنق) کی ابتدائی اصابت نہ نظر انداز ہو جائے۔ اگر تشخیص میں کوئی شک ہو تو ہمیشہ سخت بافت کا ایک چھوٹا سا ٹکڑا کاٹ کر اس کا خردبینی امتحان کرنا چاہیے ایسا کرنے سے ایبارشن (اسقاط) ہونا لازمی نہیں ہے۔

جب بالیدہ سرو ائیکل (cervical = عنقی) قنال کی دیواروں میں شروع ہوتی ہے تو ابتدائی اصابتوں میں تشخیص اتنی آسان نہیں ہوتی، کیوں کہ اس حالت کا واحد ذریعہ شناخت یہ ہے کہ وقفہ دار ہیمرجز (نزفات) ہوں۔

یہ دیکھا گیا ہے کہ قابل عملیہ اصابتوں کی تعداد دوران حمل میں اس سے زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی دیگر اوقات پر ہوتی ہے۔ اس کے وجوہ غالباً یہ ہیں کہ اگر بالیدہ ترقی یافتہ ہو تو حمل شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے اور یہ کہ اگر دوران حمل میں ہیمرجز (نزفات) ظاہر ہوں تو عورت کے شروع ہی میں مشورہ طلب کرنے کا امکان اس سے زیادہ ہے کہ جتنا یہ دیگر اوقات پر ہوتا ہے۔

علاج

علاج اس لحاظ سے مختلف ہوتا ہے کہ آیا بالیدہ قابل عملیہ حالت میں ہے، یا ناقابل عملیہ حالت میں۔

جب یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ ایک اساسی عملیہ کے ذریعہ سے بالیدہ کا استیصال ہو جائے گا، تو اکثر گائنوکولاجیکل (gynæcological = امراض النسائی) سرجن بلا تامل اساسی عملیہ کا مشورہ دیتے ہیں اور حمل کی پرواہ نہیں کرتے۔ اس امر کو ملحوظ رکھتے ہوئے کہ باقی اصابتوں کی بہ نسبت عنقی کارسی نوما (سرطان) کی اصابتوں میں یہ زیادہ احتمال ہے کہ عملیہ کے بعد یہ دوبارہ واقع ہو جائے گا، بعض سرجنوں کا یہ میلان ہوتا ہے کہ وہ والدین کے سامنے صرف واقعات پیش کر دیتے ہیں اور فیصلہ ان ہی پر چھوڑ دیتے ہیں۔ عملیہ یافتہ اصابتوں کی ۲۵ فی صدی تعداد میں عملیہ کے بعد شفائے تام کی امید کی جا سکتی ہے۔

عملیہ سے قبل رحم کو خالی نہ کرنا چاہیئے کیوں کہ اگر ایسا کیا جائے تو بہت بڑا خطرہ ہے کہ سپٹک انفیکشن (عفونتی سرائت) بالیدہ سے پھیل کر رحم اور گرد و پیش کی ساختوں تک چلی جائے گی۔

اگر مریضہ کو پہلی بار دیکھا جائے اور اس وقت بچہ مکمل طور پر قابل حیات نہ ہو لیکن قریب قریب قابل حیات ہو، تو عملیہ کرنے سے قبل ایک یا دو ہفتہ انتظار کرنا مناسب ہے لیکن اگر بچہ قابل حیات ہو تو فوراً عملیہ کرنا چاہیئے۔ عملیہ جس کا انتخاب کیا جاتا ہے اساسی طریقہ سے ہسٹریکٹومی (hysterectomy = رحم براری) کرنا ہے، اور اگر بچہ قابل حیات ہو تو اس عملیہ سے قبل سیسرین سکشن (Cæsarian section = شگاف قیصری) کرنا چاہیئے۔ یہ طریقہ دیگر اوقات کی بہ نسبت دوران حمل میں زیادہ آسانی سے انجام دیا جا سکتا ہے کیونکہ حوضی بافتیں زیادہ آسانی کے ساتھ چیری جا سکتی ہیں۔

جن اصابتوں میں بالیدہ اتنی بڑھ گئی ہو کہ اساسی عملیہ ممکن ہی نہ ہو، ان اصابتوں میں حمل تقریباً پورے دن تک قائم رہنے دینا چاہیئے، اور اس کے بعد سیسرین سکشن (شگاف قیصری) اور سب سے بعد سوپراویجائنل ہسٹریکٹومی (supravaginal hysterectomy = فوق مہبلی رحم براری) کرنا چاہیئے۔

شاذ اصابتوں میں دوران حمل میں بالیدہ کو کھرچنے اور کاٹرائز (cauterize = کی) کرنے کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ سپٹک ایب سارپشن (septic absorption = عفونتی انجذاب) اور بدبودار مواد سے علامات پیدا نہ ہوں۔ یہ ضروری نہیں کہ ایسا کرنے سے ایبارشن (اسقاط) واقع ہو جائے۔

514 خواہ طبعی وضع حمل ممکن ہی کیوں نہ معلوم ہوتا ہو اگر اس کو واقع ہونے دیا جائے تو اس میں ہیمرج (نزف)، رپچر آف یوٹرس (rupture of uterus = انشقاق رحم) اور پیورپرل سیپ سس (puerperal sepsis = نفاسی عفونت) کے خطرات ہیں۔

مذکورہ بالا ناقابل عملیہ اصابتوں کا ولادت کے تقریباً ۱۵ یوم بعد پھر معائنہ کرنا چاہیئے، کیوں کہ کبھی کبھی دیکھا جاتا ہے کہ جب کچھ انوولیوشن (involution = حلش) واقع ہو چکتا ہے تو بالیدہ قابل عملیہ ہو جاتی ہے۔ ایسی صورت میں عملیہ سے قبل ریڈیم (radium) کا

استعمال مناسب ہے کیوں کہ اس طریقہ سے بالید کی وسعت کو گھٹایا جا سکتا ہے۔
ریڈیم کا کینسر آف سروکس (سرطان عنق) کے لئے استعمال زمانہ حمل میں بھی کیا جا سکتا ہے لیکن اس وقت تک جب تک کہ بچہ قابل حیات نہیں ہو جاتا۔ رحم ایک پردہ کا کام کرتا ہے، اور جہاں تک سردست ہم کو معلوم ہے جنین پر بعد میں کوئی خراب اثر پیدا نہیں ہوتا جب جنین قابل حیات ہو جائے تو اس کو سیسیرین سکشن (شگاف قیصری) کے ذریعہ ایکسٹریکٹ (تخریج) کر لینا چاہیئے۔ رحم کا استیصال نہیں کیا جاتا بلکہ اس کا تخلیہ کرنے کے بعد اس کو بند کر دیا جاتا ہے اور بعد ازاں اس پر وسعت مرض کے لحاظ سے خالی ریڈیم کا یا ریڈیم اور اکیریز (لاشعاعوں) کا عمل کیا جاتا ہے۔ ایک مریضہ کے متعلق معلوم ہے کہ اس پر سروائیکل کینسر (عنقی سرطان) کے لئے ریڈیم استعمال کیا گیا اور اسکے بعد مریضہ نے میعاد پر خود بخود جنین خارج کر دیا۔

وہ سلعات جو کہ وضع حمل کو پیچیدہ کرتے ہیں

اوورِی (بیض) کے سلعات اور وضع حمل۔ بیان کیا جاتا ہے کہ اوویرین (مبیضی) سلعات کی پیچیدگی وضع حمل میں جس تواتر کے ساتھ واقع ہوتی ہے وہ تواتر ...۱۴ واقعات میں ایک کا ہے [ہالٹین : Haultain]۔

اگر اوویرین (مبیضی) سلعہ تمام تر ایبڈامینل کیویٹی (کہفہ شکم) میں پڑا ہو تو بوقت وضع حمل اس کا کچھ اثر نہیں پڑتا، لیکن اگر یہ معتدبہ جسامت کا ہو تو شکمی عضلات کے کانٹریکشنز (انقباضات) کی موثریت گھٹ جاتی ہے۔ نہایت ہی شاذ طور پر رحم کا محور اس حد تک اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے کہ پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ پیلوس (حوض) کی برم (لگن) میں داخل ہی نہیں ہو سکتا بعض اوقات جب بچہ رحم سے نکلتا ہے تو سلعہ کے پیڈنکل (ساقچہ) میں مڑوڑ پڑ جاتا ہے۔ اگر سلعہ جزوی یا کلی طور پر ٹرو پیلوس (true pelvis = صادق حوض) کی کیویٹی (کہفہ) میں پڑا ہو تو وضع حمل میں جزوی یا کلی رکاوٹ واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن اس رکاوٹ سے قطع نظر جو وقت بچہ پیلوس (pelvis = حوض) میں سے گزرتا ہے تو اس اوویرین (مبیضی) سلعہ کے نقصان رسیدہ بلکہ شق ہو جانے کا بھی احتمال ہے۔

یہ حادثہ ممکن ہے کچھ عرصہ کے لئے کم و بیش بے ضرر ثابت ہو، یا اگر ڈرمائیڈ سسٹ (ادمی دویرہ) موجود ہے یا سلعہ کے مشمولات سرایت زدہ ہیں تو ممکن ہے مہلک پیرٹیونائٹس (peritonitis= التہاب باریطون) واقع ہو جائے۔ اگر مکمل تسدد کے مشابہ حالت پیدا ہو تو یقیناً رپچر آف یوٹرس (rupture of uterus = رحم کے انشقاق) کا خطرہ ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ اگر سسٹ (دویرہ) اس قدر چھوٹا ہو کہ اس سے وضع حمل کے عمل میں کوئی خلل واقع نہ ہوا ہو تو اس کی موجودگی سے کوئی علامت واقع نہیں ہوتی البتہ یہ وضع حمل کے وقت نقصان رسیدگی یا پیڈنکل (ساقچہ) کے مروڑ کھانے کی وجہ سے پیورپیریم (زمانہ نفاس) میں التہاب زدہ ہو جاتا ہے۔ 515

تشخیص

اگر اوویرین (بیضی) سلعہ پیلوس (حوض) کی برم (کگر) سے اوپر کرکے پڑا ہو تو اس کا شناخت کرنا ہمیشہ اتنا آسان نہیں ہوتا کہ جتنا توقع کی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 73)۔

برخلاف اس کے اگر اوویرین (بیضی) سلعہ پیلوس (حوض) کی کیویٹی (کہفہ) میں پڑا ہو اور وضع حمل کو مسدود کرتا ہو تو یہ امر کہ وضع حمل کا تسدد ایک ورم کا نتیجہ ہے جو کہ اس مقام پر موجود ہے، بائی مینوئل (دودستی) امتحان سے بآسانی تحقیق ہو جاتا ہے لیکن تاوقتیکہ شکم کو کھولا نہ جائے اس ورم کی نوعیت کی صحیح صحیح تشخیص کرنا ہمیشہ ممکن نہیں ہوتا، خاص طور پر ٹھوس اوویرین (بیضی) سلعات کی صورت میں۔ سروکس (عنق) بالعموم ایک طرف کو اور زیادہ شاذ طور پر اوپر کو ہٹا ہوا ہوتا ہے۔

علاج

اگر سلعہ تمام تر پیلوس (حوض) کی برم (کگر) سے اوپر کرکے پڑا ہو تو بالعموم اس سے وضع حمل میں کوئی زیادہ دشواری پیش نہیں آتی لیکن چونکہ وضع حمل کے اخیر درجوں میں

یا پیور پیریم (نفاس) میں پیڈیکل (ساقچہ) میں مروڑ پڑ جانے کا امکان ہوتا ہے لہذا ولادت سے چند دن کے اندر اندر اوویریاٹومی (ovariotomy = بیض شگافی) کر دینی چاہیے، خواہ کوئی علامت موجود ہو یا نہ ہو۔

اگر سلعہ جزوی طور پر یا کلی طور پر پیلوس (حوض) کی برم (لگن) سے نیچے کر کے واقع ہو تو تصوری علاج شکمی اوویریاٹومی (بیض شگافی) ہے۔ اگر اوویریاٹومی (بیض شگافی) وضع حمل کے پہلے مرحلہ کے ختم کے قریب انجام دی جائے تو بچہ کو اس وقت جب کہ مریضہ ہنوز این استھیٹک (معدم حس) کے تحت ہو، فارسپز (کلاب) کے ذریعہ ولادت کرائی جا سکتی ہے۔ تاہم اگر یہ نامناسب ہو کہ انتظار کر کے وضع حمل کو اس حد تک ترقی کرنے دیا جائے تو اس صورت میں فی الفور اوویریاٹومی (بیض شگافی) شروع کر دینی چاہیے، اور بچہ کو سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) کے ذریعہ ولادت کرا دینی چاہیئے۔ ایک متبادل طریقہ یہ ہے کہ شکمی زخم کو ٹانکے لگا دیئے جائیں اور وضع حمل کو قدرتی طور پر واقع ہونے دیا جائے۔ دونوں طریقوں میں سے اول الذکر طریقہ زیادہ رحم ولانہ ہے اور اس میں ایک مزید فائدہ یہ ہے کہ شکمی زخم پر کوئی بار نہیں پڑتا۔ بعض اصابتوں میں سلعہ تک رسائی حاصل کرنے کے لئے یہ ضروری ہوتا ہے کہ بچہ کو سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) کے ذریعہ ولادت کرائی جائے۔

تاہم ممکن ہے کہ کسی اصابت کے ماحولی حالات ایسے ہوں کہ شکمی شگاف کرنا قابل عمل نہ ہو۔ اس قسم کی اصابت ایک جھونپڑی میں پیش آ سکتی ہے کہ جہاں طبی مشیر تنہا ہوتا ہے اور اس کو امداد پہنچنی مشکل ہوتی ہے اور تسدد تعجیل طلب ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں جو طریقے کارآمد ہو سکتے ہیں وہ یہ ہیں کہ بچہ کی ولادت کرانے سے قبل، سلعہ کو یا تو پیلوس (حوض) کی برم (لگن) سے اوپر کو دھکیل دیا جائے یا اس میں کچھ کاٹ دیا جائے یا سب سے بہتر یہ کہ اس میں شگاف دے دیا جائے۔

سلعہ کو اوپر دھکیلنے میں حسب ذیل خطرات مضمر ہیں، پیڈیکل (ساقچہ) میں مروڑ پڑ جاتا ہے اور اگر سلعہ سسٹک (دویری) ہو تو اس کو نقصان پہنچتا ہے یا یہ مشقوق ہو جاتا ہے۔ اگر پریٹیننگ (تنطریقی) حصہ برم (لگن) میں مثبت ہے یا سلعہ ام بیکٹڈ

516 (مغروز) یا منضم ہے' توری پوزیشن (توضیع) کی کوشش نہیں کرنی چاہیئے۔ خواہ سلعہ کو پیلوس (حوض) میں سے باہر ہی دھکیل دیا گیا ہو' اس کے بعد بھی جس قدر جلد ممکن ہو اووریاٹومی (مبیض شگافی) کر دینی چاہیئے۔ سلعہ کی ری پوزیشن (توضیع) کے لئے بسا اوقات عمیق این استھیسیا (anæsthesia = عدم حسیت) کی ضرورت ہوتی ہے۔

پوچ آف ڈگلس (pouch of Douglas = ڈگلس کی جیب) کی راہ سے ایک سٹک (دویری) سلعہ میں کچو کا یا شگاف دینے کے جو خطرات ہیں وہ سلعہ کے مشمولات کے لحاظ سے پیری ٹونائٹس (peritonitis = التہاب باریطون)' انضمامات کی تکوین' یا شاید مرض خبیثہ کا نشر ہیں' لہٰذا بعد از احتی الامکان جلد از جلد اووریاٹومی (مبیض شگافی) کر دینی چاہیئے۔

رحم کے فائبرائڈز (لیفیات) اور وضع حمل

اصابتوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں فائبرائڈز (لیفیات) وضع حمل میں کوئی دقت پیدا نہیں کرتے۔ ایک سب پرٹیونیل (زیر باریطونی) یا سب میوکس (submucous = زیر مخاطی) سلعہ اگر بچہ کے پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ سے نیچے کر کے واقع ہو تو وہ وضع حمل کو مسدود کر سکتا ہے' اور ایک سروائیکل فائبرائڈ (cervical fibroid = عنقی لیفیہ) وضع حمل میں ایک ناقابل ارتفاع رکاوٹ پیدا کر سکتا ہے (تصویر ۲۰۹)۔ ایک فائبرائڈ (لیفیہ) رحم کے ارتکاس کا سبب ہو سکتا ہے' اور شاذ طور پر مؤثر بازکشیدگی میں مانع آتا ہے۔ دونوں صورتیں پوسٹ پارٹم ہیمرج (postpartum hæmorrhage = بعد الولادتی نزف) پیدا کرتی ہیں۔

علاج

اگر رکاوٹ پائی جائے اور سلعہ کو اوپر دھکیلا جا سکے' تو شاید قدرتی راستہ سے بچہ کی ولادت کرانا ممکن ہوتا ہے۔ ولادت کے دوران میں ممکن ہے فائبرائڈ (لیفیہ) کو فتہ

ہوجائے جب کہ اس میں سیپ سس (عفونت) ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

اُس فائبرائڈ (لیفیہ) کے لئے جو وضع حمل کو مسدود کر رہا ہو عموماً بہترین علاج یہ ہے کہ شکم کو کھولا جائے اور سسرین سیکشن (شگاف قیصری) کے ذریعہ بچہ کی ولادت کرائی جائے اور اس کے بعد ہسٹریکٹومی (رحم برآری) یا مایو میکٹومی (myomectomy= عضلی سلعہ برآری) دونوں میں سے جو بھی طریقہ زیادہ موزوں ہو اس کے ذریعہ سلعہ کو نکال دیا جائے۔

کینسر آف دی سروکس (سرطان عنق) اور وضع حمل

وضع حمل میں سروائیکل کینسر (عنقی سرطان) کی پیچیدگی کا علاج منحصر ہے اس امر پر کہ آیا مرض قابل عملیہ ہے یا نہیں اور اگر ناقابل عملیہ ہے تو اس امر پر کہ آیا بچہ زندہ ہے یا مردہ۔

جب مرض قابل عملیہ ہو۔ اس صورت میں سیسرین سکیشن (شگاف قیصری) کے ذریعہ بچہ کی ولادت کرانی چاہیئے اور پھر فی الفور ریڈیکل ہسٹریکٹومی (radical hysterectomy= کلی رحم براری) کے ذریعہ رحم کو الگ کر دینا چاہیئے۔

جب مرض ناقابل عملیہ ہو۔ اگر بچہ زندہ ہے تو سیسرین سکیشن (شگافِ قیصری) کے ذریعہ اس کی ولادت کرانی چاہیئے اور اسکے بعد انٹرنل آس (internal os= اندرونی فم) کے لیول پر رحم کو الگ کر دینا چاہیئے تاکہ بعد میں یہ سروکس (عنق) کی بالید سے ان فیکٹڈ (infected= سرائت زدہ) نہ ہو سکے۔ ریڈیم کا علاج حتی الامکان جلد از جلد شروع کر دینا چاہیئے۔

اگر بچہ مردہ ہو اور کرینیا ٹومی (جمجمہ شگافی) کے ذریعہ اسکی ولادت کرانے میں مرض زدہ سروکس (عنق) کی کوئی شدید لیسریشن (دریدگی) پیدا نہ ہو تو مناسب ہے کہ اسی ذریعہ سے کام لیا جائے۔

اگر بالید کی نوعیت سے یہ واضح ہو کہ مرض زدہ سروکس (عنق) کی شدید دریدگی

ہونی ناگزیر ہے خواہ قدرتی راستہ سے ہی بچہ کی ولادت کیوں نہ کرائی جائے تو پھر مناسب علاج یہ ہے کہ بچہ اور جسمِ رحم کو براہ شکم نکالا جائے۔

وہ سلعات جو کہ پیورپیریم (زمانہ نفاس) کو پیچیدہ کرتے ہیں

اوویرین (بیضی) سلعات ۔ پیورپیریم (زمانہ نفاس) میں اوویرین (بیضی) سلعہ



تصویر ۲۰۹ ۔ ایک فائبرائڈ (لیفیہ) جس نے ولادت میں ناقابل ارتفاع رکاوٹ پیدا کر دی۔ سروکس (عنق) میں سے بایاں بازو بروز کر رہا ہے۔ رحم کی کیویٹی (کہفہ) کو (کہ جس میں بچہ کا بیشتر حصہ ہے) اور دو سب پریٹونیل فائبرائڈز (subperitoneal fibroids= زیر باریطونی لیفیات) دکھانے کی غرض سے رحم کے مقدم حصہ کو کاٹ کر الگ کر دیا ہے۔ [یہ تصویر رائل کالج آف سرجنز (Royal College of Surgeons) کی عجائب گاہ کے ایک نمونہ سے لی گئی ہے]۔

کے پیڈیکل (ساقچہ) میں مڑوڑ پڑ جاتا ہے اور سلعہ ان فیکٹڈ (سرایت زدہ) ہوجاتا ہے، اور یہ ان فیکشن (infection = سرایت زدگی) یا تو پیور پرل سیپ سس (نفاسی عفونت) سے پھیلتی ہے یا وضع حمل میں دباؤ کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اگر کسی اوویرین سسٹ (بیضی دویرہ) میں خراش آور یا ساری مادہ ہو اور وہ بوقت وضع حمل بچہ کے گزرنے سے مشقوق ہوجائے تو نتیجہ کے طور پر پرٹیونائٹس (باریطونی التہاب) ہوجاتا ہے۔

علامات اور امارات

رحم کے علاوہ ایک اوویرین (بیضی) سلعہ محسوس کیا جاتا ہے۔ پیور پیریم (زمانہ نفاس) میں اگر کوئی پیلوک پیری ٹونائٹس (pelvic peritonitis = حوضی التہاب باریطون) کی علامت موجود ہو تو امتحان کی ضرورت پائی جاتی ہے تاکہ یہ دریافت کیا جائے کہ 518
اس علامت کی وجہ کوئی ان فیکٹڈ اوویرین ٹیومر (infected ovarian tumour = سرایت زدہ بیضی سلعہ) تو نہیں ہے۔ پیور پیریم (زمانہ نفاس) میں اوویرین پیڈیکل (بیضی ساقچہ) میں مڑوڑ پڑ جانے کا خاص طور پر اندیشہ ہوتا ہے۔

علاج

اگر ایک مریضہ کو وضع حمل ہو چکا ہو اور یہ معلوم ہو کہ اس کو اوویرین (بیضی) سلعہ ہے، تو غور کے ساتھ دیکھتے رہنا چاہیئے کہ کوئی ایسی علامت یا امارت تو نمودار نہیں ہوئی جو متذکرہ صدر پیچیدگیوں میں کسی ایک کے وقوع کو ظاہر کرتی ہے۔ پیچیدگی کی صورت میں فوری اوورباٹومی (بیض برآری) انجام دینی چاہیئے۔ اگر پیچیدگیاں مفقود ہوں تو اس میں کوئی حرج نہیں کہ عملیہ کو چند دن تک ملتوی کر دیا جائے۔

فائبرائڈ (لیفی سلعہ) کا پیور پیریم (زمانہ نفاس) کو پیچیدہ کرنا۔ پیور پیریم (زمانہ نفاس) میں ایک فائبرائڈ (لیفیہ) بھی پیور پرل سیپ سس (نفاسی عفونت) میں شرکت کی وجہ سے ان فیکٹڈ (سرایت زدہ) ہوسکتا ہے۔ ایک پیڈنکولیٹڈ سب پیری ٹونیل فائبرائڈ (pedunculated subperitoneal fibroid = ساقچہ دار زیر باریطونی لیفیہ)

کے پیڈیکل (ساقچہ) میں مڑوڑ پڑ سکتا ہے، سلعہ میں نیکرو بایوسس (necrobiosis= تخرِ بافت) یا انحلال احمر بھی واقع ہو سکتا ہے، اور اگر سلعہ سب میوکس (submucous= زیر مخاطی) ہو تو وہ رفتہ رفتہ بروز کرتا ہے، اور اس عمل کے ساتھ شدید ہیمرتیج (نزف) یا سیپ سس (عفونت) نمودار ہو جاتا ہے۔ فائبرائڈ (لیفیہ) سے رحم کا سب انوولیوشن (sub-involution= ناقص حکش) اور ڈس پلیس منٹ (غیر وضعیت) پیدا ہو سکتی ہے۔

علاج

اگر فائبرائڈ (لیفی) سلعہ سپٹک (عفونت زدہ) ہو جائے یا اس میں نیکرو بایوسس (تخرِ بافت) واقع ہو جائے تو تشکمی مایومیکٹومی (myomectomy= عضلی سلعہ برآری) یا ہسٹریکٹومی (رحم برآری) کے ذریعہ اس کا استیصال کیا جا سکتا ہے، لیکن اگر کوئی سب میوکس (زیر مخاطی) سلعہ ہو تو اس کو حتی الامکان ویجائنل (مہبلی) راستہ سے نکالنا چاہیئے۔

ایک فائبرائڈ (سلعہ لیفیہ) کا پیورپرل (نفاسی) رحم کی عام ان فیکشن (سرائیت زدگی) میں شرکت کی وجہ سے سپٹک (عفونت زدہ) ہونا ہسٹریکٹومی (رحم برآری) کی ضرورت لاحق کرتا ہے۔ ان حالات میں یہ عملیہ نہایت ہی تشویشناک ثابت ہوتا ہے۔

ایک پیڈنکولیٹڈ فائبرائڈ (ساقچہ دار لیفیہ) کے پیڈیکل (ساقچہ) میں مڑوڑ واقع ہونے کا بہترین علاج مایومیکٹومی (رحمی عضلہ براری) ہے، بشرطیکہ سیپ سس (عفونت) نہ ہوا ہو۔ نکروبایوسس (تخرِ بافت) ایک اے سپٹک (عدیم العفونت) عمل ہے، لہذا اس میں رحم نہیں، بلکہ صرف سلعہ کے استیصال کی ضرورت ہے۔ ایکسٹروڈنگ (extruding= بروز کرنے والے) سب میوکس فائبرائڈز (submucous fibroids= زیر مخاطی لیفیات) کو ہمیشہ سروائیکل (عنقی) قنال کی راہ سے دور کر دینا چاہیئے۔

کینسر آف دی سروکس (سرطانِ عنق) کا پیورپیریم (نفاس) کو پیچیدہ کرنا۔ اس حالت کی تشخیص اور علاج ہر اعتبار سے وہی ہے جو کہ امراض النساء مصنفہ ٹین ٹیچرز کے بابِ سلعیوں میں بیان کیا گیا ہے۔

519

جزو سوم ۔ پیور پیریم (نفاس)

باب چہل و سہ

پیور پیریم (نفاس) کا انصرام

پیور پیریم (puerperium = نفاس) کا انصرام خاص کر اُس کے ابتدائی دنوں میں اُس سے کم اہم نہ سمجھنا چاہیئے کہ جتنا وضع حمل کا ہے اور یہ اہم اس نقطہ نظر سے ہے کہ سپٹک انفیکشن (عفونتی سرایت) کے خطرہ کو کم کیا جائے، کیونکہ جس طرح یہ وضع حمل کے دوران میں داخل ہو سکتی ہے اسی طرح اس کے بعد بھی داخل ہو سکتی ہے۔ نیز یہ بھی ممکن ہے کہ ایک خفیف درجہ کی انفیکشن (سرایت) جو وضع حمل میں پیدا ہوئی ہو پیور پیریم (نفاس) کے زمانہ میں بے توجہی برتے جانے کی وجہ سے قابو سے باہر ہو جائے۔ علاوہ ازیں پیور پیریم (نفاس) ہی وہ زمانہ ہے جب کہ وضع حمل میں پیدا شدہ ایک سپٹک انفیکشن (عفونتی سرایت) اپنے وجود کو ظاہر کرتی ہے۔ نیز پرمی پیری (اولین ولادت زچاؤں) میں وضع حمل کے معمولی نتیجہ کے طور پر جو خفیف لیسریشنز (دریدگیاں) اور کوفتگیاں پیدا ہوتی ہیں، وہ پیور پیریم (نفاس) کے دوران میں عضویات کی ایک تازہ نسل کے ادخال سے بآسانی انفیکٹڈ (سرایت زدہ) ہو جاتی ہیں۔ مذکورہ بالا ملحوظات کے علاوہ ماں کو رضاعت کے اجرا میں امداد دینے کے لئے اُس کی خصوصی نگہداشت، تعلیم، حوصلہ افزائی اور اس پر اقتدار کی بھی ضرورت ہے تاکہ یہ وظیفہ کمترین وقت اور تکلیف کے ساتھ اپنی موثر ترین حد تک نمو یاب ہو جائے۔

آخر میں' پیور پیریم (زمانہ نفاس) کی دیکھ بھال میں زیادہ تر یہ شامل ہے کہ اس زمانہ کے فعلیاتی اعمال پر بغور نگاہ رکھی جائے اور یہ کہ اگر یہ عمال امراضیاتی ہو جانے کی امارات ظاہر کریں تو جلد اور موثر طور پر مداخلت کرنے کے لئے تیار رہا جائے۔

اہم ترین ملحوظات کو مختصراً اس طرح بیان کیا جا سکتا ہے۔

۱۔ سیپٹک انفیکشن (عفونتی سرایت) اور اس کے زیادہ تشویشناک نتائج کی روک تھام کرنا۔

۲۔ درجہ تپش' رفتار نبض اور ان وولیوشن (involution= حکش) کی رفتار کی طرف دیانت داری کے ساتھ توجہ رکھنا اور ان کا اندراج کرنا۔

۳۔ پستانوں کا رکھ رکھاؤ' بشمول ان کی اینٹی سیپٹک (عدیم العفونتی) نگہداشت کے' افراز شیر کو ترقی دینا' اور بچہ کو دودھ پلانا اور اس کی نگہداشت کرنا۔

۴۔ تمام اخراجی مجریات کے صحیح فعل کی طرف توجہ رکھنا۔

۵۔ ماں کو صحیح طور پر غذا دینے کی طرف' اور اس کی سہولت' آرام اور دماغی و جسمانی بہبودی کی طرف توجہ رکھنا۔

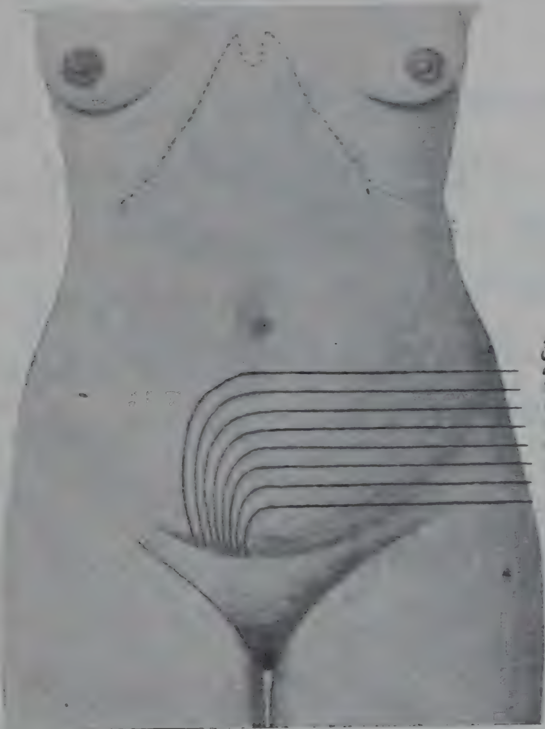
سیپٹک ان فیکشن (عفونتی سرایت) کی روک تھام کرنا۔ سیپ سس (عفونت) کے سدباب کے لئے جو احتیاطات کی جاتی ہیں ان میں سے ایک یہ ہے کہ ولوا (فرج) کا اور ایکسٹرنل لیسریشنز (بیرونی دریدگیاں) کا بشرطیکہ یہ موجود ہوں' محتاط اینٹی سیپٹک ٹائلٹ (antiseptic toilet= دافع العفونت شست وشو) کیا جاتا ہے' اس طرح کہ جب وضع حمل کی تکمیل ہو جاتی ہے اور جب رحم کو ہلکے سے دلک کرنے اور دبانے (مہبل) کو دبانے سے بیرونی حصص کے قرب وجوار سے خون اور تھکا دور ہو جاتا ہے' تو اس کے بعد فوراً بیرونی حصص کو کسی موثر اینٹی سیپٹک (antiseptic= دافع عفونت) مثلاً . . . ۲ میں ایک حصہ بن آیوڈائیڈ (biniodide) یا پرکلورائیڈ آف مرکری (perchloride of mercury) سے پچار دیا جاتا ہے۔

پچارنے کے فعل کا اعادہ کم از کم ہر روز ایک مرتبہ اور آنت یا مثانہ کا تخلیہ کرنے کے بعد ہر مرتبہ کرنا چاہئے۔

ان اوقات کے درمیان ولوا (فرج) کو ایک خشک اور عقیم گدی سے ڈھانک کر

520

رکھنا چاہیئے، اور جب کبھی یہ گدی بھیگ جائے یا گندی ہو جائے تو نرس (ممرضہ) کو جراحتی طور پر صاف ہاتھوں کے ذریعہ اس گدی کو بدل دینا چاہیئے۔ ان گدیوں کو ثبت کرنے کے لئے ایک T پٹی استعمال کرنی چاہیئے کہ جس کے بار بار بدلنے کی ضرورت ہے۔ خشک عقیم شدہ کسوتیں ہوا بند کارٹونس (cartons= گتے کے ڈبوں) میں ایک برائے نام قیمت پر اب



تصویر ۲۱۰۔ یہ پیورپیریم (نفاس) کے پہلے آٹھ دنوں میں شکمی امتحان پر رحم کے فنڈس (قعر) کا طبعی نزول ظاہر کرتی ہے۔

تقریباً تمام لوکل ہیلتھ آتھارٹیز (Local Health Authorities= مقامی حکام صحت) سے دستیاب ہو سکتی ہیں۔ مذکورہ بالا ٹائلٹ (شست وشو) کرتے وقت یا ولوا (فرج) کے متعلق کوئی دوسری دست ورزی انجام دیتے وقت نرس (ممرضہ) کو ایک موثر سپرے پروف ماسک (spray-proof mask= رشاشہ بند نقاب) پہنے رہنا چاہیئے۔

اس سے غرض یہ ہے کہ اگر نرس (ممرضہ) کے منہ، گلے اور ہوائی گزرگاہوں میں امکانی طور پر ورولینٹ (virulent = قشبی) عضویات موجود ہوں، تو وہ ولوا (فرج) میں یا مریضہ کے کسی دیگر جاذب مجری مثلاً منہ یا لوزتین میں پہنچ کر، سپرے ان فیکشن (spray infection = رشاشی سرایت) کا خطرہ نہ پیدا کردیں۔ چنانچہ ایک نرس (ممرضہ) جو کہ زچہ عورتوں کی نگران کار تھی اور جس کے گلے میں ہیمولٹک سٹرپٹوکاکی (hæmolytic streptococci = خون پاش نبقات سبحیہ) تھے، اس کی طرف کئی ایک وارڈ اپی ڈیمکز
521 (ward epidemics = کمرۂ شفاخانہ کی دباؤں) کا سراغ لگایا گیا۔ مذکورہ بالا احتیاطات کے بعد صرف دوسرے درجہ پر جس چیز کی ضرورت ہے وہ یہ ہے کہ مریضہ کو دوسری مریضاؤں کے تماس سے الگ رکھا جائے، کہ جو ولادت یا بعد الولادتی حالت کی وجہ سے ان فیکشن (سرایت) پیدا کرنے کا امکان رکھتی ہوں۔ سپٹک (عفونت زدہ) منہ اور دانتوں والی مریضائیں کہ جن میں ہیمولٹک سٹرپٹوکاکی (خون پاش نبقات سبحیہ) کی حامل ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے، وہ بھی اسی جماعت میں شامل ہیں۔

اگر مماثل حالت، رشتہ داروں، نرسوں (ممرضات)، طلباء اور اطباء میں پائی جائے، اور وہ بجائے خود سپٹک فوسائی (septic foci = عفونتی مراکز) کے حامل ہوں، یا وہ سپٹک (عفونتی) امراض سے تماس کے سبب سے یا پوسٹ مارٹم (بعد الموتی) امتحانات میں حالیہ موجودگی کے سبب سے ان فیکشن (سرایت) کا منبع ثابت ہوسکتے ہیں، تو تمام لیبر وارڈز (labour wards = وضع حمل کے کمروں) یا لائنگ ان وارڈز (lying-in wards = زچگی کے کمروں) میں ان کا داخلہ ممنوع کردینے کے لئے تیار رہنا چاہیئے۔ ان جنرل ہسپتالوں (general hospitals = عمومی شفاخانوں) میں جن میں لائنگ ان وارڈز (lying-in wards = زچگی کے کمرے) ہوتے ہیں، اور وارڈ انفیکشن (ward infection = کمرہ شفاخانہ کی سرایت) کا خطرہ گھر کے حالات کی بہ نسبت زیادہ رہتا ہے، لائنگ ان وارڈ (lying-in ward = زچگی کے کمرے) کے اندر ایسے لوگوں کی آمد و رفت پر بعض قیود عائد کردینی چاہیئے کہ جو اس وارڈ (کمرے) سے بالکل تعلق نہ رکھتے ہوں، بلکہ ہسپتال (شفاخانہ) کے جراحتی یا طبی لیکن زیادہ سپٹک (عفونتی) قسم کے

کاموں سے تعلق رکھتے ہوں۔ مشتبہ اصابتیں، مثلاً وہ جن میں مختلف وجوہات کی بنا پر پیورپریم (نفاس) میں سیپ سس (عفونت) کا زائد خطرہ موجود ہو، خواہ یہ خطرہ کتنا ہی کم کیوں نہ ہو، ان کی تیمارداری جداگانہ وارڈوں (کمروں) میں کرنی چاہیئے۔ اسی طرح وہ اصابتیں کہ جن میں سیپ سس (عفونت) پر ولادت کرنے والی امارات غیر متوقع طور پر پیدا ہو جائیں، طبعی اصابتوں سے فی الفور سیگریگیٹ (segregate= تشذیذ) کر دینی چاہیئں۔

اس کے بعد جس چیز کی اہمیت ہے وہ جنیٹل ٹریکٹ (genital tract= تناسلی خطہ) سے ٹھیک طور پر مسلیت جاری کرنا ہے۔

اگر مریضہ کی حالت باقی ہر طرح سے اچھی ہو اور خون بافراط ضائع نہ ہوا ہو، تو اس کو پہلے ۲۴ گھنٹوں میں بستر پر سہارا دے کر بٹھانا چاہیئے، خواہ یہ سہارا تکیہ کے ذریعہ ہو، یا بیڈرسٹ (bed-rest= مسند) کے ذریعہ ہو، یا ایک لاسن ٹیٹ (Lawson-Tait) کے پلنگ پر ہو۔

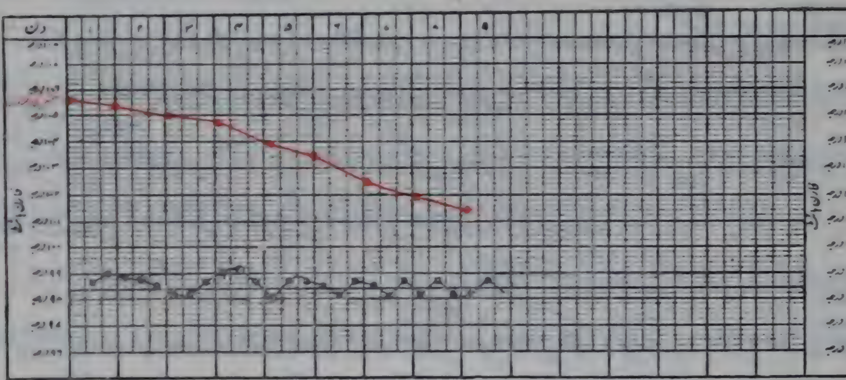
مریضہ کو چاہیئے کہ وہ اپنا وقت زیادہ تر اسی وضع میں گذارے، لیکن اگر پہلے پہل اس کو یہ وضع بہت خستہ کن محسوس ہو تو اس کو نیند کے اوقات میں تقریباً چت یا ایک کروٹ پر آرام کرنے کی اجازت دینی چاہیئے۔ بعض مطبوں میں عورتوں کی حوصلہ افزائی کی جاتی ہے کہ وہ دن میں تھوڑی مدت تک اوندھا لیٹا کریں۔ اس سے نہ صرف یہ کہ رحم کی وضع میں نمایاں تبدیلی کی وجہ سے مسلیت میں مدد ملتی ہے، بلکہ آگے چل کر پیورپریم (نفاس) میں رحم کی انٹی ورشن (anteversion= پیش گردیدگی) میں اعانت ہوتی ہے۔

جب پہلے دو دن گزر جاتے ہیں، تو بستر میں آزادانہ حرکت کرنے اور جوارح اور دھڑ کی فاعلانہ حرکات کرانے کی حوصلہ افزائی کی جاتی ہے، اور ان کے ساتھ گہرا سانس لینے کی ورزشیں کرائی جاتی ہیں۔

درجۂ تپش، نبض اور رحم کا انوولیوشن (involution= حلکش)۔ درجۂ تپش اکثر اوقات پہلے ۲۴ گھنٹوں میں ۱۰۰ف یا ۱۰۱ف تک بلند ہو جاتا ہے خواہ یہ تھوڑی ہی دیر کے لئے کیوں نہ ہو، اس کے بعد یہ گر کر طبعی ہو جاتا ہے اور پھر طبعی ہی رہتا ہے۔

اس قسم کے ارتفاع تپش کو "ری ایکشنری (reactionary = رد العملی)" کہتے ہیں، اور اس ارتفاع تپش کو اس حالت سے تشبیہ دی گئی ہے جو کہ طویل عصبی اور عضلی بار پیدا کرنے والے حالات سے وقوع میں آتی ہے۔

522 پیور پیریم (زمانۂ نفاس) میں کسی وقت بھی یہ ممکن ہے کہ کوئی دردناک ذہنی تاثر، یا کوئی جذباتی صدمہ، یا بچہ کے متعلق کوئی خوف، یا ملاقاتیوں کی زبان سے نکلا ہوا کوئی غیر دانشمندانہ کلمہ، درجۂ تپش میں ایک عارضی ارتفاع پیدا کر دے، اس کی زیادہ اہمیت نہیں ہے، الا یہ کہ یہ ایک حسّاس مریضہ کے مضطرب ہونے کا ثبوت ہے۔



تصویر ۲۱۱۔ ایک زچگی کی مریضہ کا ٹمپریچر چارٹ (temperature chart = نقشۂ تپش)۔ اس میں رحم کا انوولیوشن (حکش) بھی دکھایا گیا ہے۔
ایک حقیقی اصابت کا چارٹ (نقشہ) کہ جس میں پیورپیریم (نفاس) کے پہلے نو دنوں میں رحم کا انوولیوشن لائن (involution line = حکشی خط) (سرخ) دکھایا گیا ہے، جس کو یہ ظاہر کرنے کے لئے درج کیا گیا ہے کہ چارٹ (نقشہ) پر فنڈس (قعر) کی بلندی کا کس طرح اندراج کرنا چاہئے، لیکن تصویر کے اعداد، ان اعداد سے جو کہ تن میں دئے گئے ہیں ٹھیک مطابقت نہیں کرتے۔

۴ء۱۰۰ْف یا زیادہ درجہ تک ارتفاع تپش، جب پہلے ۲۴ گھنٹوں میں قائم رہے یا اس زمانہ میں عود کر آئے، تو خواہ یہ کسی سبب سے ہو، اُس کو "پیور پرل پائریکسیا" (puerperal pyrexia = نفاسی تپ) کے نام سے موسوم کیا جاتا اور "پیور پرل مار بڈٹی" (puerperal morbidity = نفاسی مرضیت) کا ثبوت سمجھا جاتا ہے، گو کہ یہ لازمی نہیں ہے کہ اس کا سبب پیور پرل سیپ سس (نفاسی عفونت) ہی ہو۔ اس قسم کے ارتفاع تپش یا پیور پرل پائریکسیا (نفاسی تپ) کی حالت کے متعلق اطلاع دینا طبیب پر فرض ہو جاتا ہے، خواہ وہ خود ان چارج (incharge = مسئول طبیب) ہو یا اُس کو اِس ضمانت پر کسی مزاولت کن دایہ نے بلایا ہو۔

اس امر پر جتنا بھی زور دیا جائے کم ہے کہ جب درجہ تپش چند گھنٹے سے زیادہ تک مرتفع رہے اور خاص کر جب رفتار نبض میں بھی تناظر تیزی واقع ہو تو اس کو جنیٹل ٹریکٹ (تناسلی خطہ) سے پیدا شدہ ان فیکشن (سرایت) کا نتیجہ سمجھنا چاہیے، تاوقتیکہ اس کی ضد ثابت نہ ہو جائے۔

یہ بیان بلاشبہ اس صورت میں بھی صادق آتا ہے جب کہ ارتفاع نہایت ہی خفیف اور شاید ۵ء ۹۹ْ سے زیادہ نہ ہو اور یہ کئی دن تک قائم رہے، یا جب کہ بغیر کسی تناظر ارتفاع تپش کے رفتار نبض واضح طور پر تیز ہو۔ سنٹرل مڈ وائوز بورڈ (Central Midwives' Board = مرکزی مجلس دایاں) کے جدید ترین قواعد کی رو سے دایہ کا یہ فرض کہ وہ ایک سند یافتہ طبیب کو بلائے، صرف "پیور پرل سیپ سس (نفاسی عفونت)" کی صورت میں ہی عائد نہیں ہوتا، بلکہ اس وقت بھی ہوتا ہے جب کہ "درجہ تپش تین متصل دنوں میں ۴ء ۹۹ْ ف سے اوپر رہے"۔

طبعی لیک ٹیشن (رضاعت) کے آغاز کی یہ کوئی امتیازی خصوصیت نہیں ہے کہ اس سے تپ موسوم بہ ملک فیور (milk fever = حمی لبنیہ) پیدا ہو، گو کہ پہلے ایسا ہی خیال کیا جاتا تھا۔ البتہ حساس عورتوں میں جب دودھ سرعت کے ساتھ بھر گیا ہو اور دموی رسد بہت ہی زیادہ ہونے کے باعث پستان سخت اور دردناک ہو گئے ہوں تو بسا اوقات خفیف سا ہیجی اختلال پیدا ہو جاتا ہے کہ جس کے ساتھ دردِ سر اور ذہنی تکلیف ہوتی ہے۔ 523

یہ بینتی اختلال مناسب علاج کرنے سے ۲۴ گھنٹے میں دور ہو جاتا ہے، لیکن اس عرصہ میں ولادت کے بعد تقریباً تیسرے یا چوتھے دن اس سے بسا اوقات کچھ ارتفاع تپش واقع ہو جاتا ہے۔
اگر مذکورہ بالا حالت ایک دن یا تقریباً ایک دن سے زیادہ مدت تک قائم رہے تو بالعموم فلشڈ برسٹس (flushed breasts = تمتمائی ہوئی چھاتیاں) کی حالت جو کہ حقیقی ان فیکشن (سرایت) کا ثبوت ہے خواہ یہ ان فیکشن (سرایت) خفیف اور شفا پذیر ہی کیوں نہ ہو، موجود ہوتی ہے، اور اس سے زیادہ شدید ان فیکشن (سرایت) پیدا ہونا بھی ممکن ہے۔
خفیف نوعیت کے پستانی اختلال کو تپش اور نبض کے اس شدید اختلال کی جو کہ اس زمانہ میں واقع ہوتا ہے تسلی بخش توجیہہ نہیں قرار دیا جا سکتا۔
پیور پیریم (نفاس) میں تپ کی تمام اصابتوں کی بغور تفتیش کرنی چاہیے اس طرح جس طرح کہ باب چہل و چہار میں بیان کیا جائے گا۔ بعض اصابتوں میں کسی طبیعی امارت یا مقامی یا عمومی ان فیکشن (سرایت) کا کوئی ثبوت موجود نہیں ہوتا، لیکن جب ایک چھوٹے سے سروائیکل (عنقی) چاک سے ایک جرثومیاتی سواب (پھاہا) لے کر اس کی کاشت کی جاتی ہے تو ہیمولٹک سٹرپٹوکاکس (hæmolytic streptococcus = خون پاش نبقہ سبحیہ) کی ان فیکشن (سرایت) کا ثبوت ملتا ہے۔
خطۂ بولی کی نگہداشت۔ پیشاب کے احتباس کا اندیشہ ہے خصوصاً عصبی المزاج پرمی پیری (اولین ولادت عورتوں) میں، دشوار وضع حمل کے بعد یا اس وقت جب کہ پرینیل سٹچز (perineal stitches = عجانی ٹانکے) داخل کئے گئے ہوں۔
مختلف اسباب جو پیشاب کے احتباس کے وقوع میں مدد دے سکتے ہیں یہ ہیں: شکمی عضلات کا ڈھیلا پن۔ یوریتھرا (مجری البول) یا اس کے قرب و جوار کے حصوں کی کوفتگی، ورم یا ایلیمیت۔ پیلوس (حوض) کی حرکات سے سٹچز (stitches = ٹانکوں) میں جر پیدا ہو کر معکوس تشنج یا حقیقی درد پیدا ہونا اور اس سے مزید اخراجی حرقی کوششیں رک جانا۔ نفسی حالتیں اور مریضہ کی چت وضع۔
شکمی عضلات کے ڈھیلے پن کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مثانہ کا درجۂ تمدد اس سے بہت آگے

بڑھ جاتا ہے کہ جتنا ریفلکس آرک (reflex arc= معکوسی قوس) کو تحریک دینے اور مثانہ کے ڈی ٹروسر مسل (detruser muscle= مُخرج عضلہ) کو فعل میں لانے کے لئے عام طور پر کافی ہے اور پیشاب کی حاجت نہیں ہوتی۔ اسی ڈھیلے پن کے نتیجہ میں اور مریضہ کی وضع کے سبب سے ایک اور حالت جو پیدا ہوسکتی ہے یہ ہے کہ بہ یک بار پیشاب کرنے پر بہت تھوڑی مقدار خارج ہوتی ہے چنانچہ مثانہ خالی نہیں ہوسکتا اور ریزڈوئل یورین (residual urine= ثفلی بول) مجتمع ہوجاتا ہے اور پھر ان فیکٹڈ (سرایت زدہ) ہوجاتا ہے۔

جب احتباس اور لبریزی کی حالت پیدا ہوتی ہے تو اسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ مکمل احتباس ہونے پر اس احتباس کا ازالہ نہیں کیا جاتا یا ریزڈوئل یورین (ثفلی پیشاب) کے ذریعہ مثانہ بتدریج بھر جاتا ہے۔ احتباس و لبریزی کے بعد ممکن ہے کسی قدر سسٹائٹس (cystitis= التہاب مثانہ) بھی پیدا ہوجائے۔

نرس (ممرضہ) اور طبیب کا یہ فرض ہے کہ وہ بغور دیکھتے رہیں کہ احتباس، خواہ جزوی یا کلی، بالکل واقع نہ ہونے پائے۔ یہ امر کہ ہر کوشش پر کتنا پیشاب خارج ہوا ہے، نیز یہ کہ ۲۴ گھنٹہ میں کتنی مرتبہ پیشاب کیا گیا ہے درج کرنا چاہیئے۔ مریضہ کو بیڈپین (bed-pan= بستری تسلہ) دینا چاہیئے اور ۲۴ گھنٹہ میں آٹھ آٹھ گھنٹہ کے وقفہ سے پیشاب کرنے کی حوصلہ افزائی کرنا چاہیئے۔ 524

اگر دقت محسوس ہو تو پہلے پہل اس کے ازالہ کی کوشش اس طرح کرنی چاہیئے کہ وضع کی تبدیلی کی جائے، ایک ابڈامینل بائنڈر (abdominal binder= شکم بند) کے ذریعہ تنیدگی بڑھائی جائے، بیڈپین (بستری تسلے) میں گرم پانی ڈال دیا جائے اور شکم پر گرم لاصقات لگائے جائیں، اور ولوا (فرج) کی عقیم گرم لواج (lavage= تغسیل) کی جائے۔

اگر یہ طریقے ناکام ثابت ہوں یا یہ شبہ پیدا ہو کہ ریزڈوئل یورین (ثفلی پیشاب) کی کچھ مقدار موجود ہے، تو مثانہ کو ہرگز بیش متمدد نہ ہونے دینا چاہیئے، بلکہ مناسب اینٹی سپٹک (عدیم العفونتی) احتیاطات کے ساتھ اور پوری نرمی کے ساتھ ایک کیتھیٹر (catheter= قثاطیر) گزارنا چاہیئے۔ مریضہ اپنی پشت کے بل لیٹ جاتی ہے، اس کے لیبیا (labia= شفرتین) کو جدا کیا جاتا ہے اور . . . ایں ایک حصہ

بن آیوڈائیڈ آف مرکری (biniodide of mercury) سے کے سوابز (swabs = پچارو) کے ذریعہ ولوا (فرج) اور بالخصوص ویسٹی بیول (vestibule = دھلیز) اور یوریتھرل آریفس (urethral orifice = مبالی منفذ) کا رفع عفونت کیا جاتا ہے۔ کیتھیٹر (قثاطیر) گزارنے سے پہلے ولوا (فرج) میں ایک سواب (پچارا) داخل کر دینا چاہئے کہ جس کے ساتھ فیناچپکا ہوا ہو۔

اگر بیش تمدد کی وجہ سے مثانہ ایٹانک (atonic = بے تنش) ہو گیا ہو تو کیتھیٹرائزیشن (catheterization = قثطریت) باقاعدہ وقفوں کے ساتھ کئی دن تک جاری رکھنی پڑتی ہے کہ جس سے مثانہ کے ان فیکشن (سرائت زدگی) کا خطرہ بہت بڑھ جاتا ہے۔ عام طور پر دوسرے روز ایک دستور العمل اسہال دینے سے اور کافی مقدار میں صابن اور پانی کا حقنہ دینے سے یہ ممکن ہو جاتا ہے کہ کچھ پیشاب قدرتی طور پر نکل جائے، لیکن یہ بھی نامناسب ہے کہ اس اثناء میں مثانہ کی طرف بالکل توجہ نہ کی جائے۔

جب مکٹورشن (micturition = تبول) ایک مرتبہ از سر نو جاری ہو جاتا ہے اور اعتماد از سر نو قائم ہو جاتا ہے تو اس کے بعد عام طور پر یہ وظیفہ قدرتی طور پر ہوتا رہتا ہے۔ مثانی تنش کو بہتر بنانے کے لئے پیٹوٹرین (pituitrin = خلاصہ غدہ نخامیہ) کے دروں عضلی انثرابات ایک حد تک مفید ہیں اور اسی طرح بعض اصابتوں میں ارگٹ بھی ہے۔ ابتدائے پیورپیریم (نفاس) میں اگر مثانہ پُر پایا جائے تو یہ رحمی کانٹریکشن (انقباض) اور ری ٹریکشن (بازکشیدگی) کا امتناع کرتا ہے اور آجل پوسٹ پارٹم ہیمریج (بعد الولادتی نزف) کی استعداد پیدا کرتا ہے۔ اگر زمانہ مابعد میں یہ پُر پایا جائے تو علاوہ ان فوری طور پر تشویشناک نتائج کے کہ جن کا ذکر اوپر کیا گیا ہے اس سے رحم کی بیکورڈ ڈسپلیسمنٹ (backward displacement = پیچھے وار غیر وضعیت) اور سب انوولیوشن (sub-involution = حلکش ناقص) ہونے کا اندیشہ ہے۔

سلس البول۔ کاذب سلس البول یا سلس البول ولب ریزی اس امر کا نتیجہ ہوتی ہے کہ احتباس کی وجہ سے سفنکٹر میکانزم (sphincter mechanism = میکانیۂ عاصرہ) پر زور پڑتا ہے اور عارضی طور پر آہستہ ارزائل ہو جاتا ہے۔

صادق سلس البول ایک ویزائکو ویجائنل (vesico-vaginal= مثانی مہبلی) یا ویزائکو سروائیکل (vesico-cervical= مثانی عنقی) ناسور کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس ناسور کے پیدا ہونے کا طریقہ یہ ہے کہ بے سلیقہ آلتی ولادت سے کوئی چاک مثانہ یا یور یتھرا (مبال) میں پھیل جاتا ہے، یا دوسرا طریقہ یہ ہے کہ پست سر اور طویل وضع حمل کی وجہ سے نرم منصص پر دباؤ پڑتا ہے، جس سے ایک سلف (slough= غثیثہ) بن کر مثانہ میں پھیل جاتا ہے۔ صادق سلس البول عام طور پر وضع حمل کے چند دن بعد نمودار ہوتا ہے، اور پھر شب و روز جاری رہتا ہے۔

سٹرس ان کانٹی ننس (stress incontinence= جہدی سلس البول) یعنی زور لگانے پر پیشاب روک نہ سکنا، ولادت کے بعد عام ہے۔ یہ ویزائکو یوریتھرل (vesico-urethral= مثانی مبالی) اتصال کے تن جانے اور اپنی چسپیدگیوں سے مخلوع ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اگر سٹرس ان کانٹی ننس (جہدی سلس البول) وضع حمل کے بعد جلد ہی نمودار ہو تو یہ بالعموم عارضی ہوتا ہے۔ گاہے یہ مستقل ثابت ہوتا ہے اور اس کی شفا کے لئے ایک عملیہ ضروری ہو جاتا ہے تاکہ ویزائکو یوریتھرل (مثانی مبالی) اتصال 525
کے وعامی میکانیہ کو بحال کیا جائے۔ یہ عملیہ عموماً نہایت کامیابی کے ساتھ انجام دیا جاتا ہے۔

التہاب مثانہ کہ جس کے ہمراہ شدید بنیتی علامات اور بخار پائے جاتے ہیں پیور پیریم (نفاس) کے پہلے ہفتہ میں نمودار ہوتا ہے۔ یہ خود بخود یعنی بولی خطہ کی کسی مزمن کولیفارم ان فیکشن (coliform infection= قولونی نما سرایت) کے وضع حمل سے چمک اٹھنے سے پیدا ہوتا ہے، یا بعض اُن پیچیدگیوں سے پیدا ہوتا ہے کہ جو اوپر بیان کی جا چکی ہیں، یا کیتھیٹرائزیشن (تقطرت) کے بعد پیدا ہو جاتا ہے، یا جینیٹل (genital= تناسلی) گذرگاہوں کی عمومی ان فیکشن (سرایت) کے ہمراہ اور اس کے جزو کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ بالعموم التہاب مثانہ کولیفارم (قولونی نما) عضویات، سٹرپٹوکاکی (streptococci= نبقات سبحیہ)، یا سٹیفلوکاکی (staphylococci= نبقات عنبیہ) کی ان فیکشن (سرایت) کا نتیجہ ہوتا ہے، لیکن گاہے باقی مائی کروبز

(microbes= خرد حیوانات) بھی اس کا سبب ہو سکتے ہیں۔

التہاب مثانہ کا علاج یہ ہے کہ قلوی سیالات کی افراط دی جاتی ہے اور بالخصوص پوٹاشیم سائٹریٹ (potassium citrate) یا سوڈیم بائی کاربونیٹ (sodium bicarbonate) کی بڑی بڑی خوراکیں دی جاتی ہیں تاکہ پیشاب قلوی ہو جائے۔ اس علاج سے حاد التہاب مثانہ ہمیشہ تو نہیں لیکن بالعموم دب جاتا ہے البتہ مرض کو کلی شفا دینا اکثر اوقات نہایت صبر آزما ہوتا ہے۔

اکثر مریضاؤں میں وضع حمل کے بعد چند گھنٹوں تک پیشاب میں البیومن کا ایک شائبہ اور چند پپٹونز (peptones) پائے جاتے ہیں کہ جن کی وجہ رحم کی خود بائیدگی کے حاصلات کا جذب ہونا اور خارج ہونا ہے۔ پیشاب میں لیکٹوس اور اسیٹون (acetone) کی افراط بھی پائی جاتی ہے۔ بالعموم پیشاب کا کثرت سے افراز ہوتا ہے کہ جس سے پالی یوریا (polyuria= کثرت بول) ظہور میں آتا ہے۔ اگر البیومن یوریا (albuminuria= البیومن بولیت) جاری رہے تو یہ اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ ایک آجل ٹاکسیمیا (toxæmia= تسمم الدم) کہ جس کا آغاز وضع حمل کے وقت ہوا ہے اور جو پہلے شناخت نہیں کیا گیا، موجود ہے اور پیورپرل ایکلیمپسیا (puerperal eclampsia= نفاسی تشنج) نمویاب ہونے کا اندیشہ ہے یا یہ اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ نفرائٹس (nephritis= التہاب کلیہ) جس کا پہلے شک نہیں کیا گیا موجود ہے۔

آنتیں اور دیگر اخراجی مجریات۔ آنتیں ہمیشہ کسی قدر بے تنش ہوتی ہیں جو کہ شکمی دباؤ کے رفع ہو جانے، شکمی دیواروں کے ڈھیلے ہونے اور اس امر کا نتیجہ ہوتا ہے کہ پستانیں اپنا حصہ حاصل کرنے کے لئے فلوئڈ ان ٹیک (fluid intake= سیالی درآمد) کے کثیر مطالبات کرتی ہیں۔ مسہلات تقریباً ہمیشہ معتد بہ مقداروں میں درکار ہوتے ہیں۔ سیلائنز (salines= ملحیات) دینے سے اجتناب کرنا چاہیئے کیونکہ ان سے دودھ کا فلوئڈ کانٹنٹ (fluid content= سیال جزو) کم ہو جاتا ہے۔ تقریباً تمام دیگر ملیّن استعمال کئے جا سکتے ہیں، لیکن وہ ملینات جو کہ آنتوں کی عضلی دیواروں پر تاثیر کرتے ہیں بہترین ہیں۔ ایک ایسا مسہل جو تیزی کے ساتھ تاثیر کرے دوسری شب کو دینا

چاہئے، اور اگر یہ نتیجہ خیز نہ ہو تو حقنہ کی بھی ضرورت پڑسکتی ہے۔ پہلی مرتبہ پاخانہ لانے کے لئے بہترین مسہلات یہ ہیں، کسٹر آئیل (castor oil = روغن بیدانجیر) لکورس پوڈر (liquorice powder = سفوف سوس) یا کوئی مخلوط الحقوق مرکب مثلاً ویجیٹبل لیکسیٹو پلز (vegetable laxative pills = نباتی ملین گولیاں)۔ اس کے بعد کاسکارا (cascara) یا سنّا (senna = سنا) یا فینال تھلین (phenol-phthalein) دینا بالعموم کافی ہوتا ہے، کیونکہ اب سیالات بھی کثرت سے دئیے جاتے ہیں کہ جو افراز شیر اور معوی حرکات کی ضروریات پوری کرنے کے لئے کافی مقدار میں ہوتے ہیں۔

غیر موثر مسہلات کا نتیجہ محض یہ ہوتا ہے کہ یہ معوی سموم میں ہیجان پیدا کردیتے ہیں، جس سے معدی معائی اختلال پیدا ہوکر درجہ تپش کا دفعتہً حاد ارتفاع واقع ہوجاتا ہے۔ ایسی صورت میں اگر ایک حقنہ دیا جائے اور ساتھ بالائی معائی خطہ کو آرام بھی دیا جائے تو ارتفاع تپش فی الفور زائل ہوجاتا ہے۔ یہ غلط ہے کہ وہ ملینات جو ماں پر موثر طور پر عمل کرتے ہیں، بچہ پر بھی خراب اثر ڈالتے ہیں۔ ان سب ملینات کی کچھ مقدار تو بچہ کو پہنچتی ہے لیکن کبھی اس کی کچھ اہمیت نہیں ہوتی کیونکہ پستان پرورده بچوں میں قبض کا میلان پایا جاتا ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ ماں کو بھی قبض ہو۔ اسی طرح سبز ترکاریاں بچہ کے پاخانہ کو سبز نہیں کرتیں، باوجودیکہ بعض پہلے کی عورتیں یہی باور کرتی تھیں اور اب بھی کہتی ہیں کہ سبز ترکاریوں سے پاخانہ سبز ہوجاتا ہے۔ 526

نینداور پریشان کن ذہنی تاثر کا سدباب۔ یہ خیال رکھنا ضروری ہے کہ مریضہ کو رات میں مناسب آرام حاصل ہو اور بچہ اسے پریشان نہ کرسکے، نیز یہ کہ سہ پہر کو مریضہ کو آرام کا ایک مناسب وقفہ حاصل ہو۔ اگر مریضہ تحریک پذیر ہو اور اس کو اچھی طرح نیند نہ آتی ہو، تو پہلی یا دوسری رات کو بروقت منومات، مثلاً میڈنیال (medinal) کی ایک چھوٹی سی خوراک، دینے سے تامل نہ کرنا چاہئے۔ اس کے بعد بے خوابی ہونا (اسوقت جب کہ بے خوابی کی عادت نہ ہو) باعث تشویش ہے کیونکہ یہ پیورپرل ان فیکشن (puerperal infection = نفاسی عفونت) کی یا دماغی فتور کے آغاز یا شاذ ایکلیمپسیا (انشناج) کے آغاز کی ایک ابتدائی امارت ہے۔

جب تک کہ رسد شیر اچھی طرح جاری نہ ہوجائے، ماں کو دردناک اور پریشان کن تاثرات سے بچاکر رکھنا چاہئے اور اس کے ملاقاتی بہت تھوڑے ہونے چاہئیں اور اگر یہ ملاقاتی خانگی رنج و غم کی خبریں یا دوسری بیورپرل (نفاسی) عورتوں کے مصیبت خیز تجربات کی خبریں لائیں تو ان کو بھی روک دینا چاہئے۔

غذا۔ پہلے ۲۴ گھنٹہ میں جب کہ ابھی آنتوں کا فصل نہ ہوا ہو، ہلکی ٹھوس اشیاء مثلاً انڈے، مچھلی، ملک پڈنگ (milk pudding = دودھ کی پڈنگ) اور دیگر نشائی اغذیہ حسب خواہش آزادی سے کھانے کی اجازت دینی چاہئے۔ اس کے بعد ایک قابل ہضم خوب متوازن غذا درکار ہے کہ جس میں کافی میٹ پروٹینز (meat proteins = لحمی پروٹینیں) اور تازہ ترکاریاں اور پھل شامل ہوں [تازہ ترکاریاں اور پھل حیاتینیں اور ملحات بہم پہنچاتے ہیں] اور جس کے ساتھ گائے کا دودھ یا کسی قسم کی اور لبنی غذا ہو۔ سیال کثرت سے درکار ہے، ایک تو رسد شیر کے لئے اور دوسرے گردوں اور آنتوں کے فعل کو مدد دینے کے لئے۔ سیال دینے کا بہترین وقت کھانوں کے درمیان کا ہے اور بسا اوقات چھاتی دینے سے پہلے۔ بچہ کو نصف پائنٹ سیال، مثلاً مالٹڈ ملک (malted milk = مالٹ زدہ دودھ) بلکہ معمولی پانی یا سوڈا واٹر (soda-water) دینا مفید ہے۔ تازہ کچے پھل، ترکاریاں یا سلاڈ (salad) اور حیوانی شحمیں بہم پہنچانی چاہئیں، کیونکہ بچہ کے تغذیہ کے لئے حیاتینیں بمقدار کثیر درکار ہیں اور یہ ان کا بہترین منبع ہیں۔ اگر ان چیزوں کو اچھی طرح برداشت نہ کیا جائے تو ماں کو کوئی مشہور پُر حیاتین غذا، مثلاً مارمائٹ (marmite)، وِرال (virol)، وِٹ مار (vitmar) اور ریڈیوسٹولیم (radio-stoleum) دی جاسکتی ہے۔ کیلشیم ملحات بسا اوقات مفید ثابت ہوتے ہیں، اور اگر عدم دمویت موجود ہو تو ایک حدیدی مقوی تقریباً ہمیشہ نفع بخش ہوتا ہے۔

مذکور بالاہ ضروری تفاصیل کی طرف توجہ دینے کے علاوہ یہ بھی ضروری ہے کہ مریضہ کی بہبودی کے مد نظر اور بچہ کا تغذیہ اور نیند کو ٹھیک رکھنے کے لئے مریضہ کے عمومی آرام کا بھی لحاظ کیا جائے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ گو ایک طبعی وضع حمل کے بعد زچہ عورت

جسمانی طور پر بیمار نہیں ہوتی، تاہم وہ حمل اور وضع حمل کے بعد کسی قدر باقی ماندہ دماغی بار اور ردعمل میں ہمیشہ مبتلا ہوتی ہے۔ لہٰذا ممکن ہے وہ ظاہری طور پر یا ویسے کسی قدر زائد توجہ کی طالب ہو اور اس کا سنبھالنا کسی قدر دشوار ہو، نیز ممکن ہے اگر کوئی خرابی یا خلل واقع ہو تو وہ بسا اوقات اس کا حد سے زیادہ ردعمل ظاہر کرے۔ لہٰذا طبیب اور نرس (ممرضہ) کو اس قسم کی مدبرانہ استقامت اور صبر سے کام لینے کے لیئے تیار رہنا چاہیئے کہ مریضہ اپنی آزادی پر قیود عائد کروانے پر راضی ہو جائے، یا اس قسم کی کوشش کرنے پر راضی ہو جائے کہ جو رضاعت اور دودھ پلانے کے فعل کو کامیاب بنانے کے لئے ضروری ہو۔ 527

ایک چڑچڑی طبیعت والی ماں میں ذرا سا عصبی اختلال بھی بچہ کی طمانیت کو اور خود مریضہ اور پورے گھر کی طمانیت اور آرام کو تہ و بالا کر سکتا ہے۔ اس سے جو گڑبڑ پیدا ہوتی ہے، مریضہ اس کی ذمہ داری طبیب یا نرس (ممرضہ) کے سر یا دونوں کے سر تھوپتی ہے، اور یہ گڑبڑ اس کی نظر میں طبیب اور نرس کی اس تمام محنت اور توجہ کو ملیامیٹ کر دیتی ہے جو انھوں نے اس کے علاج کی تفصیلات میں صرف کی ہے اور جو حقیقت میں اسکی سلامتی اور بہبودی کے لئے بے انتہا اہم ثابت ہوئی ہے۔

نیند۔ یہ دریافت کرنا ضروری ہے کہ مریضہ اچھی طرح سوتی ہے یا نہیں، کیونکہ ان سامنیا (insomnia = سہر)، بسا اوقات مانیا (mania) کی ایک ابتدائی علامت ہے۔

بے خوابی کے عام اسباب یہ ہیں، پرینیل سٹچز (perineal stitches = عجانی ٹانکوں) سے درد، ہمرائڈز (hæmorrhoids = بواسیر) اور پستانوں کا تمدد۔

ٹانکے۔ صبح و شام، اور ہر مرتبہ جب مریضہ پیشاب یا پاخانہ کرے، ایک کمزور اینٹی سیپٹک لوشن (عفونت کش غسول) سے ٹانکوں کو دھارنا اور خشک کرنا چاہیئے۔ پھر پرینیم (عجان) پر ایک صاف اور خشک انٹی سیپٹک (عفونت کش) کسوت لگا دینا چاہیئے اور اسے بار بار بدلنا چاہیئے۔ ٹانکوں کو نویں روز نکال لیا جا سکتا ہے۔

مریضہ کی خبر لینا۔ مریضہ کی کتنی مرتبہ خبر لینی چاہیئے یہ اس پر منحصر ہے کہ اس کی خاص ضروریات کیا ہیں، لیکن ہر مریضہ کو ولادت سے دوسرے دن ضرور دیکھنا

چاہئے تاکہ یہ دریافت کیا جائے کہ آیا مثانہ خالی ہے اور کوئی غیر معمولی ہیمرج (نزف) تو نہیں ہے۔ پھر تیسرے روز، جو کہ پیورپرل سیپ سس (نفاسی عفونت) اور میس ٹائٹس (mastitis = التہاب پستان) کے نمودار ہونے کا سب سے زیادہ عام دن ہے۔ اور پھر تقریباً دسویں دن، تاکہ رحم کا انوولیوشن (حکش)، لوکیا (lochia) کی موقوفی، رسد شیر، اور بچہ کی رفتارِ صحت دریافت کی جائے۔ بہترین یہ ہے کہ ایک غیر پیچیدہ اصابت کی پہلے ہفتہ میں روزانہ خبر لی جاتی ہے، اس کے بعد ترقی پذیر وقفہ دے کر خبر لی جاتی ہے، یہاں تک کہ تیسرے ہفتہ کے ختم پر اس خبر گیری کا سلسلہ منقطع ہو جاتا ہے۔ خبر گیری کے موقع پر ہر مرتبہ، اور اگر ممکن ہو تو مریضہ کو دیکھنے سے قبل، نرس (ممرضہ) سے اطلاع نامہ لینا چاہئے۔ ایک چارٹ (نقشہ) جس پر تپش اور انوولیوشن (حکش) کا منحنی ترقیم ہو، پاس رہنا چاہئے (دیکھو تصویر نمبر ۲۱۱)۔ شکم اور خاص کر رحم کو جس کرنا چاہئے۔ اگر نگران نے انوولیوشن (حکش) کی طبعی رفتار سے واقفیت حاصل نہیں کی تو وہ کسی سب انوولیوشن (-sub 528
involution = حکش ناقص) کی اصابت میں یہ معلوم نہیں کر سکے گا کہ رحم کی جسامت اس سرعت سے نہیں گھٹ رہی کہ جس سرعت سے اسے گھٹنا چاہئے۔ لوکیا (lochia) کی مقدار اور صفات کی تفتیش کرنی چاہئے۔ پستانوں اور نپلز (nipples = بھٹنیوں) کا معائنہ کرنا چاہئے اور پوچھنا چاہئے کہ دودھ پلانے میں کوئی دشواری تو نہیں ہے۔ اگر مریضہ کو اچھی طرح نیند نہ آتی ہو تو اس کا سبب معلوم کرنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ اگر کوئی سبب نہ ملے تو ذہنی اختلال کا خیال دل میں لانا چاہئے۔ آنتوں اور مثانہ کے طرز عمل کی طرف بھی توجہ دینی ضروری ہے۔

بچہ کے متعلق جن خاص امور کی تفتیش ضروری ہے وہ یہ ہیں، آنکھوں کی حالت کیا ہے، وہ اچھی طرح غذا کھاتا ہے یا نہیں، اسکو اچھی طرح نیند آتی ہے یا نہیں، امبلائکل کارڈ (umbilical cord = سری حبل)، یا امبلائکس (umbilicus = ناف) کی حالت کیا ہے، اجابتوں کی صفات کیا ہیں، پیشاب کرنے میں کوئی دشواری تو نہیں ہے، اور وزن میں ہفتہ وار اضافہ کتنا ہے۔ ماں اور بچہ دونوں کے متعلق تمام امور کی چند ہی منٹ میں تفتیش کی جا سکتی ہے، اور ان میں سے کوئی امر نظر انداز نہیں کرنا چاہئے، ہاں اگر ماں اور بچہ دونوں طبعی طور پر روبہ صحت ہوں تو

جوں جوں وقت گزرتا ہے بعض امور کی تفتیش غیر ضروری ہو جاتی ہے۔

پستانوں کا رکھ رکھاؤ

لیکٹیشن (lactation = زمانہ رضاعت) میں پستانی غدد فعالیت کی حالت میں ہوتے ہیں اور یہ حالت ان کی آرام کی حالت سے اس قدر مختلف ہوتی ہے کہ مرضیاتی تغیرات نہایت ہی آسانی کے ساتھ پیدا کئے جا سکتے ہیں۔ اگر نپل (nipple = بھٹنی) میں سپٹک ان فیکشن (septic infection = عفونتی سرایت) پیدا ہو جائے، تو ممکن ہے کہ یہ سرایت سارے غدہ میں سرعت کے ساتھ پھیل کر بافت کو برباد کر ڈالے۔ لہذا یہ نہایت ضروری ہے کہ جہاں تک ممکن ہو نپل (بھٹنی) پر جراحتی صفائی کے اصولوں کا اطلاق کر کے ان فیکشن (سرایت) کا سدباب کیا جائے۔

پستانوں کے علاج کا آغاز، زمانہ حمل کے ختم کے قریب شروع کرنا چاہئے اور مریضہ کو ہدایت کر دینی چاہئے کہ وہ نپل (بھٹنی) کو ایک کھردرے تولیے اور صابون اور پانی کے ساتھ آہستہ سے صاف کیا کرے۔ اگر حابس اثر مطلوب ہو تو اس کے لئے ہیزلین کریم (hazeline cream) ایک مفید لاسقہ ہے۔ اگر نپل (بھٹنی) چپٹی ہو گئی ہے، تو اس کو آہستہ سے کھینچ کر لمبا اور نمایاں بنانا چاہئے تاکہ بچہ اسے آسانی سے منہ میں لے سکے۔

حمل کے آخری نصف میں، ملک ڈکٹز (milk-ducts = لبنی قناتوں) سے تھوڑی تھوڑی مقدار میں افراز رستا ہے، جو نپل (بھٹنی) پر سوکھ جاتا ہے اور چھوٹے چھوٹے منضم چھلکوں کی صورت اختیار کرتا ہے۔ ان چھلکوں کو جلد دور کر دینا چاہئے، ورنہ وہ اوپری سرحلمہ سے مضبوطی کے ساتھ جڑ جاتے ہیں اور چھلکوں کو جدا کرنے پر ایک جزوی طور پر خام سطح پیچھے رہ جاتی ہے۔ اگر یہ پپڑیاں بہت ہی منضم ہوں تو ان کو اس طرح نرم کرنا چاہئے کہ بھٹنیوں پر چوبیس گھنٹہ تک غیر معقم زیتونی تیل کا رفادہ لگانا چاہئے اور پھر صابون اور پانی سے دھو ڈالنا چاہئے۔

پہلے دو تین دنوں میں پستانیں صرف کولاسٹرم (colostrum = لباء) کا افراز

529 کرتی ہیں، لیکن اس غرض کے لئے کہ دودھ کے افراز کی تحریک ہو اور بچہ دودھ پینا سیکھ جائے بچہ کے منہ میں چھاتی دینا ضروری ہے۔ ممکن ہے کہ کولاسٹرم (لبا) بچہ پر کچھ ملیّن اثر بھی رکھتا ہو۔ چونکہ کولاسٹرم (لبا) کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے، لہٰذا بچہ کو چھ چھ گھنٹے کے بعد دودھ پلانا چاہیئے اور اسے پانچ منٹ سے زیادہ چھاتی پر نہ رہنے دینا چاہیئے، ورنہ بعض اوقات پستان خالی ہو جانے کے بعد بھی بچہ چوسنا جاری رکھتا ہے اور نپل (بھٹنی) زخمی ہو جاتی ہے۔ دوسرے دن چھ چھ گھنٹے، اور تیسرے دن چار چار گھنٹے سے دودھ پلانا چاہیئے، اور دودھ پلانے کی مدت میں ہر روز چند منٹ کا اضافہ کر دینا چاہیئے۔ نپلز (بھٹنیاں) جو کہ ایک عقیم شدہ کسوت سے ڈھکی رہتی ہیں، دودھ پلانے سے قبل ہر مرتبہ ان کو عقیم شدہ پانی یا بوراسک لوشن (boracic lotion) سے دھونا چاہیئے۔ جب بچہ کو ہٹا لیا جائے تو نپل (بھٹنی) کو احتیاط کے ساتھ دھو کر سکھا لیا جاتا ہے، اس پر عقیم زیتونی روغن یا لکوئڈ پیرافن (liquid parraffin) کا ضماد کیا جاتا ہے، اور پھر بورک ایسڈ (boric acid) کا سفوف چھڑک کر ایک سادہ کسوت سے ڈھانک دیا جاتا ہے۔ اکثر مثالوں میں، اگر چھاتیوں کو "برسٹ بائنڈر (breast-binder = انگیا)" سے سہارا دیا جائے تو مریضہ زیادہ آرام میں رہتی ہے، خاص طور پر اس وقت جبکہ اس کی چھاتیاں ڈھلکی ہوئی ہوں۔ یہ برسٹ بائنڈر (انگیا) کوئی تولیہ یا چادر ہوتی ہے جو بغل سے لے کر چھاتیوں کے نیچے تک آتی ہے اور سامنے سیفٹی پنز (safety pins = محافظ الپنوں) کے ذریعہ مثبت ہوتی ہے۔ ایک دنبالہ دار شکمی پٹی کی مانند برسٹ بائنڈر (شکم بند) کے سروں کو چاک کرنا مفید ہے اور اگر یہ نیچے کی جانب سرکنے پر مائل ہو تو اس میں کتفی بندوں کا اضافہ کر دینا چاہیئے۔ اس وقت جب کہ بچہ دودھ پی رہا ہو ماں کو ہرگز سونے کا موقع نہیں دینا چاہیئے مبادا بچہ اس کے نیچے آ جائے، اور اس وقت جب کہ چھاتی بچہ کے منہ میں ہو، بچہ کو ہرگز نہ سونا چاہیئے، کیونکہ نپل (بھٹنی)، منہ میں زیادہ دیر پڑے رہنے سے نرم اور زخمی ہو جاتی ہے۔

بستر سے کب اُٹھنا چاہیئے

چونکہ پیورپیریم (نفاس) کے پہلے چند ہفتوں میں رحم کا وزن بہ نسبت

طبعی وزن کے معتد بہ طور پر زیادہ ہوتا ہے اور پیلوک وسرا (pelvic viscera= حوضی احشاء)
کے دعامات مرخی ہوتے ہیں؛ لہٰذا ظاہر ہے کہ جو مریضات ولادت کے بعد تیسرے ہفتہ کے
ختم سے قبل ہی اٹھ کر چلنے پھرنے پر اصرار کرتی ہیں؛ ان کو پرولیپس (سقوط الرحم) ہونے
کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے؛ بہ نسبت ان زچاؤں کے جن میں بستر سے اٹھنے سے پہلے انوولیوشن
(حکش) اس سے زیادہ مکمل طور پر ہو چکا ہو۔ معمولی حالات میں؛ زچہ کو یہ صلاح دینی
چاہیے کہ وہ دو یا تین ہفتہ تک بستر پر لیٹی رہے؛ لیکن اس زمانہ کے آخری حصہ میں زچہ
کو رفع حاجت کے لئے چند منٹ کے لئے روزانہ اٹھنے کی اجازت دی جا سکتی ہے؛ کیوں کہ
بہت سی مریضات زیادہ تر اس وجہ سے کہ بیڈ پین (بستری تسلے) سے ان کو تکلیف ہوتی
ہے بستر پر پڑے رہنے سے انکار کرتی ہیں۔

مریضہ کو اس وقت تک بستر سے نہیں اٹھنا چاہیے جب تک کہ لوکیا (lochia)
موقوف نہ ہو جائے؛ اور اگر لوکیا دوبارہ رنگین ہو جائے تو اسے دوبارہ آرام کرنے کا مشورہ
دینا چاہیے یہاں تک کہ لوکیا ایک مرتبہ پھر بے رنگ ہو جائے۔ رحم کی ریٹروورشن
530 (retroversion= پس گردیدگی) کا وجود خارج از بحث کرنے کے لئے ویجائنل (مہبلی)
امتحان ہمیشہ کرنا چاہیے۔ اگرچہ ایک مناسب طور پر انصرام کردہ پیورپیریم (نفاس) کے
بعد ریٹروورشن (پس گردیدگی) بہت عام نہیں ہے؛ تاہم یہ عقلمندی ہو گی کہ ایک زچہ کی
ذمہ داری سے دست بردار ہونے سے پہلے یہ تحقیق کر لیا جائے کہ رحم اپنے طبعی مقام پر ہے۔
ریٹروورشن (پس گردیدگی) کی روک تھام کے لئے مریضہ کو ترغیب دینی چاہیے کہ وہ وقتاً
فوقتاً کروٹ سے لیٹے اور اس کو ہدایت کر دینی چاہیے کہ وہ خاصا تھوڑا تھوڑا وقفہ دیکر مثانہ
خالی کر لیا کرے۔

تمام طبقوں میں؛ زچگی کے بعد کے زمانہ نقیہت سے جو موقعہ حاصل ہوتا ہے اس سے
بہت کچھ نفع حاصل کیا جا سکتا ہے بشرطیکہ ماں کو کچھ دیر آرام نصیب ہو جائے اور اس آرام
سے زیادہ سے زیادہ کام لیا جائے۔ ایک مزدور عورت کو جسمانی بار سے تسکین ملتی ہے؛
جس سے صحت کی بحالی کے لئے مہلت مل جاتی ہے اور انسانی مشین کی شکست و ریخت
کم ہو جاتی ہے۔ اس سے اعلیٰ مجلسی مرتبہ کی عورتوں کے لئے یہ زیادہ ضروری ہے کہ

ذہنی بار سے تسکین ہو۔ ان کے لئے حمل، زیادہ اضطراب افزا اور تکلیف دہ ثابت ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وضع حمل ان کے لئے سخت ترین محنت ہو جو انھوں نے ایک دن میں کبھی کی ہو نیز ان عورتوں کو، بچہ کی نگہداشت اور اس کا دودھ پلانا زیادہ پریشان کرتا ہے۔ لہٰذا جو کچھ ان پر گذرتی ہے اس سے بحالی کے لئے اور جو کچھ اُن کو آئندہ پیش آنا ہوتا ہے اس کی تیاری کیلئے، اس سے بہتر کوئی چیز نہیں کہ کسی اچھی سی متحملی نرس (monthly nurse = ماہوار ممرضہ) کی زیر نگرانی ایک ترمیم شدہ آرام بخش علاج عمل میں لایا جائے۔ اگر مریضہ ذی استطاعت ہو تو اس کو چاہیئے کہ وہ کوچ (couch) یا بستر پر تین ہفتہ آرام کرے جس سے اس کو ملاقاتیوں اور خانگی تفکرات سے فراغت ملتی ہے، اور ازاں بعد یہ کہ وہ معمولی کاروبار میں حصہ لینے سے قبل ایک دو ہفتہ تازہ ہوا کھائے اور ہلکی ریاضت کرے، اس سے جسمانی آرام حاصل ہوگا اور عصبی اور ذہنی بار سے مکمل طور پر صحت ہونے کا بہترین موقع بھی حاصل ہوگا۔

بہترین ترکیب وہ ہے کہ جس میں بستر سے جلد اُٹھنے کے فوائد بھی حتی الامکان زیادہ سے زیادہ حاصل ہوں، اور ساتھ ہی مریضہ اور اس کے افعال پر ضبط بھی قائم رہے، کیونکہ جوں ہی کہ مریضہ کو اٹھنے اور چلنے پھرنے کی کافی آزادی ملتی ہے یہ ضبط جاتا رہتا ہے؛ نیز اس ترکیب میں ہر مریضہ کے انفرادی خصائص اور حالات کے لحاظ سے ان اصولوں میں ردوبدل کر دیا جاتا ہے۔

ہم صرف طبعی مثالوں کو پیش نظر رکھتے ہیں کہ جن میں پہلے یا اب کوئی پیچیدگی نہ ہوئی ہو [ایک پرینیل لیسریشن (perineal laceration = عجانی دریدگی) بھی ردوبدل کی ضرورت پیدا کرتی ہے]، ایسی مثالوں میں آغاز کار ہی سے بستر پر حرکت کرنے کی ترغیب دی جاتی ہے۔ وضع بدلنا، اور خاص کر اٹھ کر بیٹھنا، لوکیا (lochia) کے آزادانہ خارج ہونے کے لئے مساعد ثابت ہوتا ہے اور عضلی حرکات، لاغری کو روکنے کا رجحان رکھتی ہیں۔ شکمی عضلات خاص اہمیت رکھتے ہیں، اور احشا کے ڈھیلے پن کو جو شکمی دیوار کے ارتخار کا نتیجہ ہوتا ہے زائل کرنے کے لئے بہت کچھ کیا جا سکتا ہے۔ بائنڈر (binder = شکم بند) کے بغیر جوں ہی کہ مریضہ کو آرام معلوم ہو اسی وقت اسے دور

کردینا چاہئے، اور استوار تولیہ بندی، جو کہ شکم کے لئے ایک قسم کی جبیرہ کا کام دیتی ہے اور عضلی فعل کو روکتی ہے اُسے منع کردینا چاہیئے ۔ حالت آرام میں مریضہ کی جسمانی صحت اچھی رکھنے کے لئے بستری جمناسٹکز (gymnastics) جسمانی ورزشیں اور ڈلک نہایت ہی مفید ذرائع ہیں، اور ان کو وضع حمل کے بعد تین چار دن کے اندر شروع کیا جاسکتا ہے ۔ عہد مستقبل کی منتھلی نرس (ماہوار ممرضہ) کو بلاشبہ ڈلک اور سویڈش (Swedish) ورزشوں کی تعلیم دی جائے گی، اور وہ ایسے لوگوں کے لئے جو اس کی زائد تربیت اور خاص ہنرمندیوں کا خاطر خواہ معاوضہ دے سکتے ہوں اس علاج کو عمل میں لانے کے لئے تیار ہو گی ۔ شکم اور ٹانگوں اور رانوں کا ڈلک، اور ان کے عضلات کو فعل میں لانے کے لئے حرکات کرانے میں کچھ نقصان نہیں ہوگا بلکہ بہت سے فوائد حاصل ہو جائیں گے جو کہ جلد اٹھنے سے ہوتے ہیں ۔ پہلے ہفتہ کے بعد مریضہ کو ایک لمبی کرسی یا کوچ (couch) پر لیٹنے کی اجازت دی جاسکتی ہے، اور اگر ممکن ہو تو بستر یا کوچ کو کسی کھڑکی کے پاس لے جاکر رکھ دینا چاہیئے ۔ دن کے وقت، کم از کم جب موسم موافق ہو، اس کھڑکی کو کھلا رکھنا چاہیئے، تاکہ موسم اور ہوا کے لحاظ سے جتنی تازہ ہوا اور دھوپ میسر ہو اسے لیا جاسکے ۔ اگر کوئی ورانڈہ (verandah) یا بالکنی (balcony= برآمدہ) ہو کہ جس میں مریضہ کو لیجایا جاسکے تو اور بھی اچھا ہے ۔ اگر زائد کمبلوں، اور ریپز (wraps = چادروں)، اور گرم بوتلوں کے ذریعہ مریضہ کو گرم رکھا جائے تو اس میں سراسر فائدہ ہے کہ جس قدر بھی تازہ ہوا ممکن ہو حاصل کی جائے ۔ 531

بستر پر حد سے زیادہ سختی کے ساتھ لٹائے رکھنا عمومی فعلیاتی سستی پیدا کرتا ہے اور اس کو روکنے کی کوشش کرنی چاہیئے، اس کے علاوہ ہر انفرادی مثال کی ضروریات کا لحاظ کرتے ہوئے نظام کار میں ردّ و بدل کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے ۔

بستر سے جلد اٹھنا اس عورت کے لئے موزوں ہوتا ہے جو کہ ایک پرسکون مزاج رکھتی ہو، انضباط پذیر ہو اور دیانت داری سے ہدایات پر عمل پیرا ہو، اور زیادہ خصوصیت کے ساتھ اس عورت کے لئے ضروری ہوتا ہے جو کہ بھاری بھرکم بلغمی قسم کی، اور فربہی کی طرف رجحان رکھنے والی بھی ہو ۔ برخلاف اس کے اگر عورت

دبلے پتلے جسم والی ہو اور اشتعال پذیر اور نہایت ہی حساس ہو، اور ذرا ذرا سی باتوں سے پریشان ہو جاتی ہو اور خانگی فرائض سے بہت متفکر رہتی ہو، تو اس کی شفا کسی قدر سخت آرام کے ذریعہ حاصل کرنی چاہیئے، اور پورے ایک مہینے تک اس کو ہر طرح سے بے فکر اور خانہ داری سے الگ رکھنا چاہیئے، اور اپنے قریبی حلقۂ خاندان کے علاوہ کسی اور شخص سے ملاقات نہ کرنے دینا چاہیئے۔ اگر کوئی عورت معاشرت پسند ہو اور ایک مجلسی تقریب سے دوسری مجلسی تقریب میں دوڑتی رہتی ہو، اور یہ امکان ہو کہ ڈاکٹر اور ممرضہ کی قید سے چھوٹتے ہی وہ اپنی معمولی عادات پر دوبارہ عمل کرنا شروع کردے گی، تو موجودہ موقعہ سے فائدہ اٹھا کر اس کو سکون دینا چاہیئے اور ان ملاقاتیوں سے جن کی تواضع کرنے کی ضرورت ہوتی ہے چھٹکارا دینا چاہیئے تاکہ اس کو شکست و ریخت سے عارضی فراغت ملے۔ اگر حمل میں پیچیدگیاں ہوں، مثلاً بے خوابی، دردِ سر، تکلیف دہ قئیں، یا نیوریس تھینیا (neurasthenia = ضعف اعصاب) کی یا عصبی اضمحلال کی سرگذشت موجود ہو، تو یہ سب اس امر کے داعیات ہیں کہ علاج بذریعہ آرام کی نوعیت اور مدت میں سختی برتی جائے۔ قدرتاً اگر حمل یا وضع حمل یا پیور پیریم (نفاس) کی پیچیدگیاں ہوں تو وہ مزید احتیاط کی متقاضی ہیں۔ ویری کوس وینز (varicose veins = دوالی نما وریدیں) اور بواسیر اکتا دینے والا وضع حمل اور اس کے بعد انبطاح ہونا، سست رفتار انوولیوشن (حکشِ رحم) اور سرخ لوکیا (lochia)، بے خوابی اور دیگر اختلال آفریں حالات، یہ سب اس امر کے داعیات ہیں کہ آہستہ قدم اٹھایا جائے۔

تمام غور طلب امور کو گنانا تو ناممکن ہے، لیکن اوپر جو کچھ کہا جا چکا ہے وہ یہ
ظاہر کرنے کے لئے کافی ہے کہ جن اصولوں کے مطابق زمانۂ زچگی کا دانشمندانہ انصرام 532
کیا جا سکتا ہے وہ ان دو انتہاؤں کے بین بین ہیں، یا تو پیٹھ پر اور تین ہفتے تک بستر پر لٹا کر رکھنا، یا اس کو وضع حمل سے ایک دو دن بعد اٹھا دینا کہ اس کو حد سے زیادہ آزادیِ عمل، اور حد سے زیادہ جلد انضباط سے فراغت حاصل ہو۔ جدید العصر معاشرتی حالات کے دباؤ کے تحت دماغی بار پیدا ہوتا ہے اور زچگی کے نقاہتی زمانہ سے اس کو تسکین دینے کا موقعہ حاصل ہوتا ہے، لہٰذا یہ موقعہ طبیب کو کبھی ہاتھ سے نہ دینا چاہیئے۔

باب چہل و چار 533

پیورپرل سیپسس (نفاسی عفونت)

بحث اسباب

پلیسنٹا (مشیمہ) جس جگہ رحمی دیوار سے جُدا ہوتا ہے اس جگہ ایک خام رقبہ باقی رہ جاتا ہے جو کسی سرطلمی پوشش کے ذریعہ محفوظ نہیں ہوتا، اور جس کو ایک وسیع لیکن اوپری زخم شمار کیا جا سکتا ہے۔ ولادتی کنال میں اور بھی نیچے، دیگر زخم بھی باقی رہ جاتے ہیں جو کہ ولادت کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ چنانچہ سروکس (عنق) بسا اوقات مشقوق ہو جاتا ہے اور فورشٹ (قید الشفرتین)، کم از کم پہلی زچگیوں میں، ہمیشہ پھٹی ہوئی پائی جاتی ہے۔ وضع حمل سے پیدا شدہ یہ زخم، ممکن ہے انفیکٹڈ (سرایت زدہ) ہو جائیں اسی طرح کہ جس طرح کسی دیگر جگہ کے زخم ان فیکٹڈ (سرایت زدہ) ہو سکتے ہیں۔ اس سے بعض علامات اور طبعی امارات پیدا ہو کر وہ حالت ظہور میں آتی ہے جو کہ زمانہ ماضی میں چائلڈ بیڈ فیور (childbed fever = زچہ کی تپ)، ملک فیور (milk fever = تپ شیر)، یا پیورپرل فیور (puerperal fever = نفاسی تپ) کے نام سے مشہور تھی، لیکن آج کل اسے پیورپرل سیپسس (نفاسی عفونت) کا نام دیا جاتا ہے۔ آدمی کے لئے جو عضویات مُمرض ہیں اُن میں سے اگر کوئی عضویہ کسی زخم پر پیوست ہو جائے تو وہاں نشو و نما پاتا اور تکاثر کرتا

ہے اور وہ زخم جو کہ وضع حمل سے پیدا ہوتے ہیں اس کلیہ سے مستثنیٰ نہیں ہیں تاہم مزاولت میں یہ دیکھا جاتا ہے کہ پیورپرل ان فکیشن (نفاسی عفونت) میں صرف چند عضویات ہیں جو کہ عام طور پر پائے جاتے ہیں یعنی سٹرپٹوکاکس (streptococcus = نبقہ سبحیہ) سٹیفائلوکاکس (staphylococcus = نبقہ عنبیہ) اور بیلس قولائی کامونس (bacillus coli communis = عمومی عصیہ قولونی)۔ ان میں سے سٹرپٹوکاکس (نبقہ سبحیہ) کا عضویہ نہ صرف سب سے عام ہے بلکہ سب سے اہم بھی ہے کیونکہ یہ شدید اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد میں پایا جاتا ہے۔ سٹرپٹوکاکس (نبقہ سبحیہ) کی متعدد نسلوں میں ایک نسل سب سے زیادہ عمومیت کے ساتھ پائی جاتی ہے اور وہ ہیمولٹک (hæmolytic = خون پاش) قسم ہے کولبروک (Colebrook) اور ہیر (Hare) نے حال ہی میں ثابت کیا ہے کہ یہ قسم خصوصی حیاتی کیمیائی تعاملات ظاہر کرتی ہے جو اسے دوسری ہیمولٹک (خون پاش) نسلوں سے ممتاز کرتے ہیں۔ لگا ہے ایک نان ہیمولٹک (non-hæmolytic = خون ناپاش) قسم جو کہ سٹرپٹوکاکس وریڈنس (streptococcus viridans = نبقات سبحیہ اخضر) کے مماثل ہے، اور ایک این اروبک (anærobic = ناہواباش) نسل بھی پائی جاتی ہے۔

وضع حمل سے پیدا شدہ کوئی زخم بھی ہو اس کی سپٹک ان فکیشن (عفونتی سرایت) علامات پیدا کر سکتی ہے، لیکن پلیسنٹل سائٹ (placental site = مقام مشیمہ) کی ان فکیشن (سرایت اولی) جیسا کہ توقع کی جا سکتی ہے، شدید ترین علالت پیدا کرتی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ حمل کے ۱۲ ویں ہفتہ کے بعد رحمی کہفہ مٹ جاتا ہے اور اس وقت تک مٹا ہوا رہتا ہے جب تک پلیسنٹا اور اغشیہ جدا نہیں ہو جاتے، لہذا جب وضع حمل کے اختتام پر رحمی کہفہ بحال ہو جاتا ہے تو معمولی حالات میں یہ عقیم ہوتا ہے۔ عضویات اور بالخصوص سٹرپٹوکاکی (نبقات سبحیہ) پیورپرل (نفاسی) رحم میں کس طرح داخل ہو جاتے ہیں، یہ سوال بہت تحقیقات اور مباحثہ کا موضوع رہا ہے۔ جیسا کہ عملیات کے بعد پیدا شدہ سیپسس (عفونت) کی صورت میں ہوتا ہے، پیورپرل سیپسس (نفاسی عفونت) میں بھی عضویات کا منبع کہ جس سے وہ ماخوذ ہیں، یا تو مریضہ کے جسم کے اندر ہوتا ہے [انٹرنسک ان فکیشن (intrinsic infection = دروی سرایت)] یا مریضہ کے جسم کے باہر

534

کسی دوسری جگہ ہوتا ہے [" اکسٹرنسک ان فیکشن (extrinsic infection= بیرونی سرایت")]
لیکن یہ طے شدہ نہیں ہے کہ عام تر منبع کیا ہے۔ جہاں تک مریضہ کے جسم سے ماخوذ ہونے کا تعلق ہے، یہ یاد رکھنا چاہیے کہ طبعی حالات میں اگرچہ رحمی کہفہ عقیم ہوتا ہے، لیکن ویجائنا (مہبل) کبھی عقیم نہیں ہوتی، اور ویجائنا (مہبل) کے مقدم حصے شدت سے سرایت زدہ ہوتے ہیں، بالخصوص معوی عضویات سے۔ تاہم تحقیقات کرنے پر آخرالذکر دونوں مقامات پر سوائے شاذ صورتوں کے ہیمولٹک سٹرپٹوکاکس (خون پاش نبقہ سبحیہ) دریافت نہیں ہوا۔ تجربات ثابت کرتے ہیں کہ اگر کچھ چھوٹے چھوٹے جامد ذرات، بالائی ویجائنا (مہبل) میں رکھے جائیں تو وہ چند ہی گھنٹہ کے اندر رحم میں پہنچ جاتے ہیں، حتیٰ کہ ایک غیر حامل رحم کے غیر متبع سروکس (عنق) کی راہ سے بھی لہٰذا پیورپیریم (نفاس) کے زمانہ میں، جب کہ رحمی کہفہ ویجائنا (مہبل) کے ساتھ بالکل مُسلسل ہوتا ہے، یہ تقریباً یقینی معلوم ہوتا ہے کہ نیچے کے عضویات کسی حد تک اوپر چلے جاتے ہیں۔ لہٰذا خواہ عضویات کسی اکسٹرنسک (بیرونی) منبع سے آئیں یا انٹرنسک (درونی) سے، یہ غیر ضروری ہے کہ ان کا ادخال شروع ہی میں بالائی ویجائنا (مہبل) سے اوپر ہو کیونکہ قدرتی رو میں ان کو چند ہی گھنٹہ میں رحم میں منتقل کر سکتی ہیں۔

بیرونی منبع سے ان فیکشن (سرایت) ہونے کے متعلق یہ یقینی طور پر ثابت کیا جا چکا ہے کہ یہ پیورپرل سیپسس (نفاسی عفونت) کی دباؤں میں دیکھا جاتا ہے، خاص کر ان دباؤں میں کہ جو زمانہ ماضی میں لائنگ ان ہاسپٹلز (lying-in hospitals= زچگی کے ہسپتالوں) میں تباہی لایا کرتی تھیں، اور اب بھی گاہے گاہے اداروں میں بلکہ نجی مزاولت میں نمودار ہو جاتی ہیں۔ جن عوامل کے ذریعہ ان فیکشن (سرایت) ایک عورت سے دوسری عورت میں منتقل ہوتی ہے، وہ نگراں کار کے ہاتھ، سانس، یا آلات ہیں۔

یہ معلوم ہے کہ بعض افراد کے حلق، منہ اور ناک میں قشبی سٹرپٹوکاکی (نبقات سبحیہ) عادتاً سکونت پذیر ہوتے ہیں، اس قسم کے "حامل" کا کسی وضع حمل پر موجود ہونا یا اس سے بھی زیادہ کسی زچگی کے ادارہ میں موجود ہونا، ایک بدیہی خطرہ ہے، کیونکہ ایسے شخص کے بولنے کھانسنے، اور چھینکنے کی اثنا میں اس کے منہ یا ناک سے جو افراز کے باریک ذرات اڑتے ہیں ان سے عضویات کے پھیل جانے کا اندیشہ ہے، اور اوزاروں، کسوتوں، نگرانکار کے ہاتھوں

یا مریضہ کی ولوا (فرج) کے ملوث ہو جانے کا امکان ہے [سپرے (spray = رشاشی) یا ڈراپلیٹ ان فیکشن (droplet infection = قطیری سرایت)]۔ اس کے خلاف یہ بھی ہے کہ پیورپرل سیپ سس (نفاسی عفونت) کی کثیر التعداد اصابتیں وباؤں کی صورت میں نہیں بلکہ منتشر یا انفرادی طور پر واقع ہوتی ہیں، یعنی سیپ سس (عفونت) کی کسی دیگر اصابت سے خواہ وہ پیورپرل (نفاسی) ہو یا نان پیورپرل (non-puerperal = غیر نفاسی)، ان کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ علاوہ بریں سیپ سس (عفونت) بعض اوقات ایسے طبعی وضع حمول کے بعد پایا گیا ہے کہ جن میں اندرونی امتحان یا آلہ اندازی بالکل نہیں کی گئی تھی۔ ایسی اصابتوں کی توجیہہ سوائے اس کے اور کسی مفروضہ کے ذریعہ نہیں کی جا سکتی کہ سیپ سس (عفونت) پیدا کرنے والے عضویات مریضہ کے اپنے جسم سے ماخوذ تھے۔

مندرجہ بالا ملحوظات سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ یقیناً تین طریقے پائے جاتے ہیں کہ
535 جن سے ایک عورت وضع حمل کی اثناء میں یا وضع حمل کے بعد ان فیکٹڈ (سرایت زدہ) ہو سکتی ہے۔ پہلا طریقہ یہ ہے کہ ایسے عضویات جو کسی بیرونی منبع سے ماخوذ ہوں ہاتھوں یا سانس، یا آلات کے ذریعہ جینیٹل کنال (تناسلی کنال) میں پیوست ہو جائیں۔ دوسرا یہ ہے کہ ایسے عضویات جو عورت کے جسم میں یا جسم پر پہلے ہی موجود ہوں نگران کار کے ہاتھوں یا اوزاروں کے ذریعہ ویجائنا (مہبل) میں داخل ہو جائیں۔ اور تیسرا یہ ہے کہ وضع حمل سے قبل ویجائنا (مہبل) میں قشبی عضویات سکونت پذیر ہوں جو وضع حمل کے بعد رحم میں پہنچ جائیں۔

ایک چوتھا امکان بھی ہے :- یہ کہ جوئے خون کے ذریعہ کسی بعید سپٹک (عفونتی) مرکز کے عضویات منتقل ہو جائیں اور پلیسنٹل سائٹ (مقام مشیمہ) میں نشو و نما پانے لگیں۔ اس طریقہ سرایت کے متعلق کوئی بات یقینی طور پر معلوم نہیں ہے، لیکن گاہے شاذ اصابتیں اس کے امکان کی طرف اشارہ کرتی ہیں۔

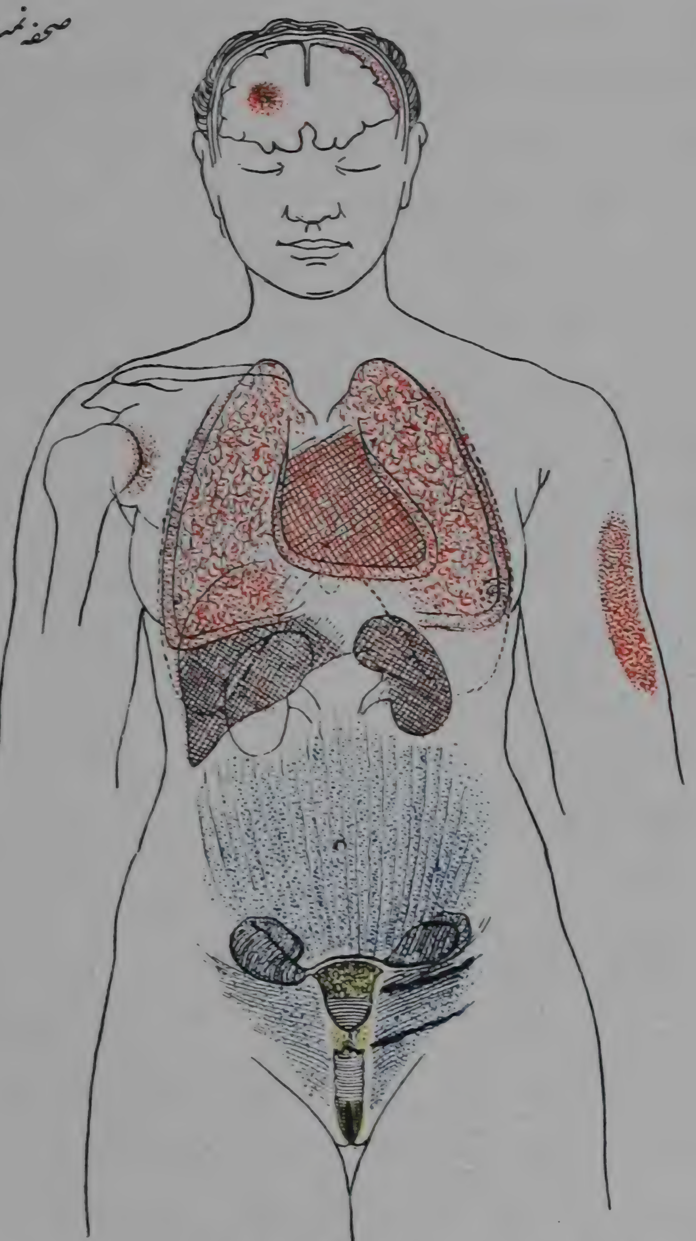
تاہم پیورپرل سیپ سس (نفاسی عفونت) کے متعلق تین چیزیں صاف طور پر معلوم ہیں۔ اول یہ کہ پیورپرل سیپ سس (نفاسی عفونت) پہلی زچگیوں میں اس سے نسبتاً زیادہ عام ہے کہ جتنا یہ بعد کی زچگیوں میں ہے۔ دوم یہ کہ ولادتی کنال کی نرم

بافتوں کے تضرر کے ساتھ اس کا ایک واضح تعلق پایا جاتا ہے، چنانچہ جب اس قسم کا تضرر موجود ہو تو پیورپرل سیپ سس (نفاسی عفونت) نمودار ہونے کا زیادہ اندیشہ ہوتا ہے اور تضرر جتنا زیادہ وسیع ہوتا ہے اس کا اور زیادہ اندیشہ ہوتا ہے۔ تیسرے یہ کہ پیورپرل سیپ سس (نفاسی عفونت) کا آلاتی مداخلت کے ساتھ بھی ایک تعلق پایا جاتا ہے، اس بنا پر کہ نرم حصوں کا تضرر اولین ولادتوں میں اس سے زیادہ عام ہے کہ جتنا یہ مابعد ولادتوں میں ہے اور آلاتی ولادت کے بعد اس سے زیادہ عام ہے کہ جتنا یہ قدرتی ولادت کے بعد ہے۔ یہ امر خوب معلوم ہی ہے کہ نزف سے بافتیں حیویت ربودہ ہو جاتی ہیں اور ان کی قوتِ مدافعت کم ہو جاتی ہے جس سے عضویات کا حملہ آسان ہو جاتا ہے۔ مذکورہ بالا تینوں حقیقتیں ایک دوسرے کی بہت حد تک توجیہہ کرتی ہیں۔

بافتوں کی قدرتی قوتِ مدافعت کہ جس کے ذریعہ وہ عضویات کے حملہ کی مدافعت کرتی ہیں مختلف اشخاص میں مختلف ہوتی ہے، اور یہ دیکھا گیا ہے کہ اس قسم کی قوت زچہ اور حالیہ ولادت یافتہ عورتوں میں طبعی طور پر تحت السواء ہوتی ہے۔ لیکن اس موضوع پر جو جدید ترین تحقیقات کی گئی ہے اس سے اس نظریہ کی تائید نہیں ہوتی۔ تاہم اس امر کی کچھ شہادت موجود ہے کہ بہ نسبت ان عورتوں کے کہ جنہیں ڈک ٹسٹ (Dick test = کاشفۂ ڈک) کے ذریعہ سکارلیٹینل سٹرپٹوکاکی (scarlatinal streptococci = قرمزئی نبقہ سبحیہ) کے خلاف قوتِ مدافعت طبعی ثابت کی گئی ہے، وہ عورتیں وضع حمل کے بعد سیپ سس (عفونت) سے متاثر ہونے کا زیادہ رجحان رکھتی ہیں کہ جن میں ایسی قوت کم ثابت کی گئی ہے۔

امراضیات

جب عضویات زخم یا زخموں میں رسائی حاصل کر لیتے ہیں تو وہ تقیحی یا تخریبی التہاب پیدا کرتے ہیں۔ اس کے بعد واقعات کا مر اس امر پر منحصر ہے کہ آیا عضویات اس مقام تک محدود رہتے ہیں یا نہیں۔ اگر عضویات محدود المقام رہیں تو ان فیکٹڈ (سرایت زدہ) رقبہ میں سے انجذاب واقع ہوتا رہتا ہے اور عورت کم و بیش شدت کے ساتھ ٹاکسیمیا (تسمم الدم) میں مبتلا ہو جاتی ہے لیکن انذار بمقابلہ اس صورت کے بہتر ہوتا ہے جبکہ



یہ خاکہ دکھاتا ہے کہ نفاسی سرایت زدگی میں اضرار کن کن مقامات پر ہوتے ہیں۔
زرد رنگ میں۔ اولی اضرار۔ شیمی مقام، عنق یا عجان۔
نیلے رنگ میں۔ مقامی ثانوی اضرار۔ رحمی اور بیضی وریدوں کا علقی وریدی التہاب۔ حوضی التہاب بافت خلوی۔ التہاب انبوبی۔ التہاب بیضی اور التہاب باریطون۔
سرخ رنگ میں۔ بعید ثانوی اضرار۔ عفونتی ذات الریہ۔ ذات الجنب۔ التہاب گرد قلبہ۔ التہاب دروں قلبہ۔ سمی یا عفونت الدموی التہاب جگر اور التہاب حوض الکلیہ۔ التہاب اسحیہ۔ دماغی خراج۔ عفونتی التہاب مفصل۔ زیر جلدی بافتوں میں پھوڑے۔

پروسس اسٹوڈیو جامعہ عثمانیہ

عفونیات اصلی مرکز سے آگے پھیل جاتے ہیں۔ عفونیات کے پھیلاؤ کا وقوع تماسی ہوتا ہے یا
536 عمومی۔ تماسی پھیلاؤ کا وقوع ان لمفی عروق اور وریدوں کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے کہ جو اولین متاثرہ حصہ کی مسیلیت کرتی ہیں۔ اولین متاثرہ حصہ اگر پلیسنٹل سائٹ (مشیمی مقام) ہو تو رحم کے جانب کی خلوی بافت ان فیکٹڈ (سرایت زدہ) ہو جاتی ہے، اور براڈ لگامنٹز (رباطات عریض) کے بالائی حصہ میں ایک سپٹک تھرامبو فلیبائٹس (septic thrombophlebitis = عفونتی علقی وریدی التہاب) اور سپٹک لمف انجائیٹس (septic lymphangitis = عفونتی التہاب عروق لمفیہ) پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات عفونیات فالوپین ٹیوبز (Fallopian tubes = فالوپی انبوبوں) کے ساتھ ساتھ سفر کر کے سلپنجائٹس (salpingitis = التہاب انبوبہ) پیدا کر دیتے ہیں، اور پیریٹونیم (باریطون) میں پہنچ کر پیریٹونائٹس (التہاب باریطون) پیدا کر دیتے ہیں۔ اگر ابتدائی ان فیکشن (سرایت) سروکس (عنق) یا ویجائنا (مہبل) کی کسی دریدگی کے مقام پر واقع ہوئی ہو، تو اس دریدگی کے جانب کی خلوی بافت سرایت زدہ ہو جاتی ہے اور معروف پیلوک سیلولائٹس (حوضی خلوی التہاب) پیدا ہو جاتا ہے۔

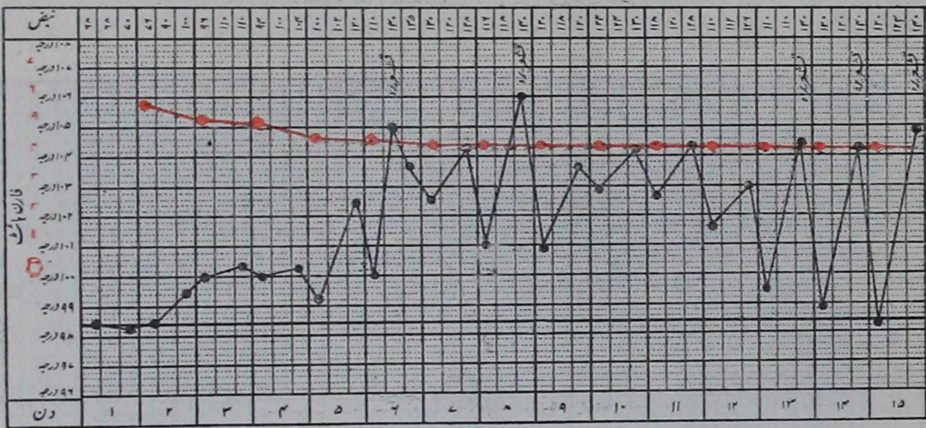
عمومی پھیلاؤ کا یہ لازمی نتیجہ ہے کہ عفونیات جوئے خون میں داخل ہو جاتے ہیں، اور سیپٹی سیمیا (septicæmia = عفونت الدم) پیدا کرتے ہیں۔ یہ پھیلاؤ نہایت ہی تشویشناک ہوتا ہے، کیونکہ ممکن ہے اس سے جسم کے ایسے حصص متاثر ہوں کہ جو ابتدائی مرکز سے بہت دور کے ہوں، مثلاً پھیپھڑے، پلورا (pleura) اور پریکارڈیم (pericardium = تامور)۔ تاہم خواہ ان فیکشن (سرایت) کسی ایک مقام پر محدود رہے، یا یہ تماس سے پھیل جائے، یا جوئے خون کے ذریعہ عمومی ہو جائے، علامات پیدا ہونے کی بڑی وجہ یہی ہے کہ ان فیکشن (سرایت) کے رقبہ پر سمی انجذاب واقع ہوتا ہے۔ اگر رقبہ محدود المقام ہو تو سمی انجذاب کی مقدار کمترین ہوتی ہے، اور اگر یہ رقبہ تماسی پھیلاؤ کے ذریعہ منتشر ہو گیا ہو تو اور زیادہ ہوتی ہے، اور اگر یہ رقبہ جوئے خون کے ذریعہ عمومی ہو گیا ہو تو سب سے زیادہ ہوتی ہے۔

علامات

پیوریرل سیپ سس (نفاسی عفونت) کی سب سے بڑی اور سب سے ابتدائی علامت تپ ہے۔ طبعی طور پر وضع حمل سے عورت کی تپش میں کوئی ارتفاع واقع نہیں ہوتا اور اسی طرح پیور پیریم (نفاس) بھی بے تپ ہونا چاہیئے۔ پیوریرل سیپ سس (نفاسی عفونت) کی تپ، زچگی سے ۱۲ گھنٹہ کے اندر یا دس دن کی مدت کے بعد نمودار ہو سکتی ہے لیکن اس کا تیسرے اور چوتھے دن ہونا سب سے زیادہ عام ہے۔ ارتفاع یا تو ناگہانی طور پر بلند ہوتا ہے اور بسا اوقات اسکے ہمراہ ایک قشعریرہ واقع ہوتا ہے، یا ارتفاع زینہ نما ہوتا ہے اور نقطہ اعظم تک پہنچنے کے لئے کئی دنوں پر پھیلتا ہے۔ تپ کے ساتھ ساتھ رفتارِ نبض بھی تیز ہو جاتی ہے اور عورت کی طبیعت علیل ہوتی ہے۔ پہلے پہل کوئی درد محسوس نہیں ہوتا بلکہ بسا اوقات کسی موقع پر بھی نہیں ہوتا، تاہم زیریں شکم پر الیمیت ہونا عام ہے۔ اگر پری ٹونائٹس (peritonitis = التہاب باریطون) یا پیلوک سیلولائٹس (حوضی خلوی التہاب) نمویاب ہو جائے، تو درد کی شکایت کی جاتی ہے، لیکن اس قسم کی اصابتیں اقلیت میں ہیں۔ قے عام طور پر بالکل نہیں ہوتی، اور اسہال صرف خراب ترین اصابتوں میں ہوتے ہیں۔ مریضہ کا ذہن موت سے چند گھنٹہ پہلے تک عموماً بالکل روشن اور ہشیار رہتا ہے۔ قشعریرہ کہ جس سے تپ کا آغاز ہوا تھا ممکن ہے دوبارہ واقع نہ ہو یا ممکن ہے یہ بار بار عود کر آئے، بالعموم یہ شام کے وقت عین اس وقت جب کہ تپش سرعت کے ساتھ مرتفع ہوتی ہے عود کرتا ہے۔ بعض مریضاؤں کو کبھی قشعریرہ نہیں ہوتا، اور بعض کو یہ صرف اس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ تپ پر چند دن گزر جاتے ہیں۔ تپ کی نوعیت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ کبھی تو تپ ایک مستقل بلند لیول پر قائم رہتی ہے، یا کبھی صبح میں طبعی اور شام میں نہایت بلند ہوتی ہے، یا ممکن ہے یہ سراسر بے قاعدہ ہو (تصویر ۲۱۲، ۲۱۳)۔ شاذ اصابتوں میں، اور خاص کر ان اصابتوں میں جن میں عمومی پری ٹونائٹس (التہاب باریطون) بھی موجود ہوتا ہے، ممکن ہے تپ بالکل مفقود ہو۔ نبض بسا اوقات تپش کی بلندی کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتی ہے لیکن خراب ترین اصابتوں میں، خواہ تپش بلند ہو 537

یا پست، رفتار نبض کی زیادتی قائم رہتی ہے۔

اسی طرح علالت کی مدت بھی اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض مثالوں میں چند دن بلند تپ اور خطرناک علامات رہنے کے بعد معلوم ہوتا ہے کہ پورا عمل ختم ہوگیا ہے اور ۴۸ گھنٹے یا اس سے کم میں مریضہ تقریباً اچھی ہوجاتی ہے۔ بعض مثالوں میں تپ کئی ہفتے تک قائم رہتی ہے۔ اس قسم کی اصابتوں میں زود یا بدیر ان فیکشن (سرایت) کا ایک معین



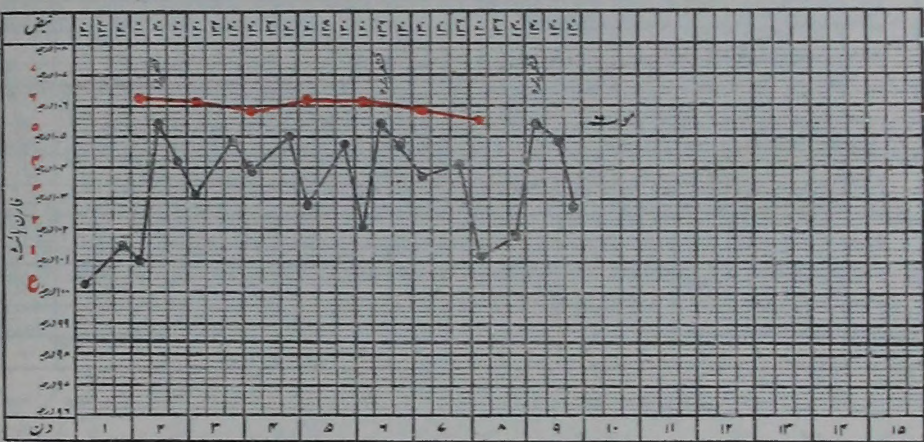
تصویر ۲۱۲۔ پیورپرل سیپ سس (نفاسی عفونت) کی ایک اصابت جو کہ سپٹی سیمک (عفونت الدموی) قسم کی ہے، لیکن اس میں تیسرے، چوتھے اور پانچویں دن تپ سے سادہ ٹاکسیمیا (تسمم الدموی) [سپریمیا (sapræmia = گندموییت)] ظاہر ہوتا ہے۔ اس قسم کی تبدیلی عام ہے۔ دیکھو انوولیوشن کرو (involution curve = حکشی منحنی) تقریباً افقی ہے یعنی انوولیوشن (حکش) بالکل مفقود ہے۔ رفتار نبض کی تیزی بھی دیکھنی چاہیئے۔

مرکز مثلاً سیلولٹک ایکسوڈیٹ (cellulitic exudate = التہاب خلوی رشحہ) یا وائٹ لیگ (white leg = سفید ٹانگ) پیدا ہوجاتا ہے۔

538

تشخیص

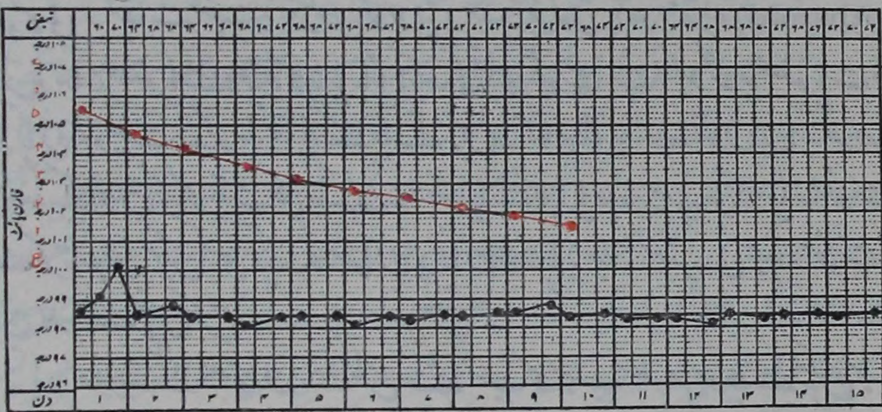
ایسی تپ کو کہ جو وضع حمل کے بعد پیدا ہو اور ۲۴ گھنٹے سے زیادہ قائم رہے ہمیشہ سیپ سس (عفونت) کا نتیجہ سمجھنا چاہیئے' اِلا اس صورت میں کہ اس کے خلاف واضح شہادت موجود ہو۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ان فیکشن (سرایت) کا ہر درجہ پایا جا سکتا ہے یعنی ایک خفیف درجہ سے لے کر جب کہ تپش ۲۴ گھنٹہ کے لئے ایک یا دو درجہ بڑھی رہتی ہے اتنے



تصویر ۲۱۳۔ فلمینٹ پیور پرل ان فیکشن (fulminant puerperal infection)= خاطف نفاسی سرایت) کی اصابت جو نویں دن ھلک ثابت ہوئی۔ دیکھو تپ کا بلند لیول ہے نیز یہ کہ تپ' وضع حمل ختم ہونے سے پہلے ہی موجود تھی۔

شدید درجہ تک کہ عورت ۴۸ گھنٹہ کے اندر مر جاتی ہے' نیز مختصراً یہ بھی یاد رکھنا چاہیئے کہ پیور پرل سیپ سس (نفاسی عفونت) کا امتیازی خاصہ علامات ہیں نہ کہ امارات۔ حقیقت میں پیور پیریم (نفاس) میں سیپ سس (عفونت) کے سوا اور بہت کم اسباب ہیں کہ جو تپ پیدا کرتے ہیں۔ شدید وضع حمل کے بعد ممکن ہے تپش تھوڑی دیر کے لئے ۱۰۰° ف یا زیادہ تک بڑھ جائے [رد العملی تپش]' لیکن یہ تپش کبھی قائم نہیں رہتی (تصویر ۲۱۰) اسیطرح پستانوں کا

دردناک ورم جوکہ تقریباً تیسرے دن واقع ہوتا ہے ممکن ہے خفیف درجہ کی تپ پیدا کردے لیکن یہ تپ بھی قائم نہیں رہتی۔ قبض کے متعلق یہ خیال ہے کہ یہ تپ پیدا کرنے کا امکان رکھتا ہے لیکن جس صورت میں کہ قبض غیر حامل عورت میں کبھی تپ پیدا نہیں کرتا یہ سمجھنا محال ہے کہ یہ حامل عورت میں ایسا کیوں کرتا ہے۔ پستانوں کا التہاب خصوصاً لمف اینجائٹس (lymphangitis = التہاب عروق لمفی) کی وہ قسم جو کہ "فلشڈ بریسٹز (flushed breasts = تمتمائی ہوئی چھاتیاں)" کے نام سے مشہور ہے ممکن ہے نہایت ہی



تصویر ۲۱۴۔ اس میں رد العملی تپ دکھائی گئی ہے۔ اس کے علاوہ نقشہ طبعی ہے۔ دیکھو انوولیوشن کرو (حکش منحنی) کا سقوط باقاعدگی کے ساتھ ہوتا ہے اور رفتار نبض سست ہے۔

ناگہانی اور بلند تپ پیدا کردے اور اس حالت کو ذہن نشین رکھنے کی ضرورت ہے کیونکہ متاثرہ چھاتی میں بہت کم درد ہوتا ہے اور اسی وجہ سے اسکی امتیازی سرخی اس وقت نظر انداز ہو جاتی ہے جب کہ اسے خاص طور پر نہ ڈھونڈا جائے۔

لوکیا کا جرثومیاتی امتحان جلد انجام دینا چاہئے۔ جب کاشت لینا ہو تو سروکس (عنق) تک ایک عقیم انبوبی منظار احتیاط کے ساتھ گزارا جاتا ہے۔ سروکس (عنق) اور

ویجائنل والٹ (مہبلی قبوہ) کا معائنہ کیا جاتا ہے۔ اگر کوئی دریدگی موجود ہو تو اس سے ایک اسواب (پچارا) لینا چاہیے اور اس کی ایک جداگانہ کاشت بنانی چاہیئے۔ اس کے بعد پورشیو ویجائنیلس (portio vaginalis= حصۂ مہبلی) کو صاف کرنا چاہیے اور
539 سروائیکل کنال (cervical canal= عنقی کنال) سے ایک کاشتی اسواب (پچارا) لینا چاہیے۔

سٹرپٹوکاکی (نبقات سبحیہ) کا پایا جانا اس امر کا قطعی ثبوت تو نہیں ہے کہ علامات سیپ سس (عفونت) کا نتیجہ ہیں، تاہم ایسا ہونے کی طرف ایک بین اشارہ ہے۔ سٹیفلوکاکی (نبقات عنبیہ)، بیسلس کولائی (عصیہ قولونی) اور ڈفتھرائڈ (diptheroid= ڈفتھیریا نما) عضویات وغیرہ کا پایا جانا ایک کم قطعی ثبوت ہے، کیونکہ یہ عضویات ویجائنا میں زیادہ عمومیت کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ تمام شدید اصابتوں میں یہ ضروری ہے کہ مریضہ کے خون کی کاشت کی جائے۔ عضویات کا پایا جانا سیپٹی سیمیا (عفونت الدم) ثابت کرتا ہے، لیکن کسی ایک امتحان میں ان کا نہ پایا جانا سیپٹی سیمیا (عفونت الدم) کو خارج از بحث نہیں کرتا۔

مریضہ کے امتحان سے ممکن ہے تپ کا سبب معلوم ہو جائے لیکن سبب کا معلوم ہونا ضروری امر نہیں ہے۔ پیورپرل سیپ سس (نفاسی عفونت) کی بہت سی اصابتوں میں رحم مس کرنے پر الیم ہوتا ہے اور یہ بدیہی طور پر اس سے کم انوولیوٹڈ (involuted= حکش یافتہ) ہوتا ہے کہ جتنا اسے ہونا چاہیے۔ ممکن ہے پرینیل (عجانی) اور سروائیکل (عنقی) دریدگیاں التہاب زدہ، تقیحی، یا متنخر زدہ نظر آئیں سطح ممکن ہے کہ لوکیا، بدبودار یا دموی قیحی ہو، یا شاذ طور پر بالکل ہی اسیر ہو اور بعض اوقات رحم سے متعلق ایک بدیہی ورم موجود ہوتا ہے جو کہ تپ کے سبب کا پتہ دیتا ہے۔ اس کے خلاف یہ بھی ممکن ہے کہ تناسلی اعضا میں کوئی غیر معمولی بات نہ پائی جائے اور رحم طبعی طور پر انوولیوٹڈ (حکش یافتہ) اور لوکیا بظاہر طبعی پایا جائے۔ سیپٹی سیمیا (عفونت الدم) کی بعض خراب ترین اصابتیں اسی قسم کی ہوتی ہیں۔